

ÜBER PSYCHOSEN IM WOCHENBETT UND
IHRE RECIDIVHÄUFIGKEIT

von

REINER GÖDTEL

1965

ÜBER PSYCHOSEN IM WOCHENBETT UND
IHRE RECIDIVHÄUFIGKEIT

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der Hohen Medizinischen Fakultät
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

vorgelegt von

REINER GÖDTEL

aus Kaiserslautern

MAINZ 1965



Dekan: Professor Dr. K. Thomsen

Referent: Professor Dr. H. Kranz

Tag der mündl. Prüfung: 22. Februar 1965

Gesamtherstellung: DITTERS BÜRODIENST MAINZ



GLIEDERUNG

Seite

Einleitung	1
Allgemeine Bemerkungen (Pathogenese, symptomatologische Zuordnung, Erkrankungsalter, Beginn und Dauer der Erkrankung, Prämorbidie Persönlichkeit)	2
I. Wochenbettpsychosen im engeren Sinn als körperlich begründbare Psychosen	7
A) Exogene Symptomatik	7
1) delirant-amentielle Zustandsbilder	7
2) hypokinetische Zustandsbilder	10
B) Endogene Symptomatik	14
1) Schizophrene Zustandsbilder	14
2) Depressive Zustandsbilder	19
3) Manische Zustandsbilder	25
II. Ausgelöste endogene Psychosen	28
1) Schizophrenien	28
2) Endogene Depressionen	33
3) Atypische Psychosen	39
Zusammenfassende Wertung	41
Literaturverzeichnis	45

EINLEITUNG

Häufig gehen Generationsvorgänge wie Pubertät, Klimakterium, Menstruation und Wochenbett mit seelischen Störungen einher. Die psychischen Alterationen im Puerperium schließen fast die ganze Skala psychiatrischer Erkrankungsmöglichkeiten ein. Um die verwirrende Vielzahl von Krankheitsbildern, hinter welchen sich die "Wochenbettpsychosen" verbergen, zu ordnen, scheint uns neben der Symptomatologie besonders die Beachtung der Recidive ein wichtiges Kriterium zu sein.

Dieser Arbeit liegen 64 Fälle von Psychosen post partum zugrunde, die in der Mainzer Universitäts-Nervenklinik von 1949 bis 1962 zur stationären Behandlung kamen. Den größten Teil bilden die unter der Diagnose "Wochenbettpsychose" laufenden Krankheitsbilder. Daneben haben wir aber auch diejenigen aufgenommen, die sich von vornherein als reine endogene Psychosen zu erkennen gaben. Es sei jedoch schon hier darauf hingewiesen, daß auch einmal zunächst exogen anmutende Psychosen in der weiteren Beobachtung recidivieren oder einen typischen endogenen Verlauf zeigen, und auf der anderen Seite zunächst als endogen betrachtete Psychosen völlig heilen und damit - natürlich eingeschränkt - ihre "Exogenität" nahelegen (Schwingerheuer). Diese Tatsache macht die Notwendigkeit einer katamnestischen Erhebung deutlich, welche wir, soweit möglich, durchführten.

Allen Patientinnen wurde ein Fragebogen zugesandt, in dem sie über etwaige zwischenzeitliche psychiatrische Erkrankungen, deren Symptome, über Klinikaufenthalte, weitere Graviditäten und den Verlauf des Wochenbettes befragt wurden. Etwa 2/3 der Frauen beantworteten diese Fragen. Vier waren inzwischen verstorben. Einige Patientinnen, bei denen die Eingliederung Schwierigkeiten bereitete, wurden persönlich aufgesucht.

Wir wollen zunächst die Gruppe der Wochenbettpsychosen im engeren Sinne herausarbeiten. Wir fassen diese als körperlich begründbare Psychosen bei somatisch kompliziertem Wochenbett auf, die zum Teil eine exogene, zum Teil aber auch eine mehr endogene Symptomatik zeigen, jedoch ausnahmslos heilen. Recidive finden sich in diesen Fällen höchstens in einem späteren Wochenbett.

Den Gegenpol bilden die durch das Wochenbett ausgelösten endogenen Psychosen (Schizophrenien, endogene Depressionen, atypische Psychosen). Ursprünglich sollte noch eine kleine Gruppe von Psychosen herausgestellt werden, die

uns zunächst als Ausdruck einer unspezifischen symptomatischen Labilität im Sinne von Kleist imponierte, d.h. die außerhalb des Wochenbettes auch auf andere exogene Einflüsse hin recidiviert. Durch nähere Erhebungen mußten wir uns aber überzeugen, daß es sich hierbei wohl doch um endogene Psychosen handelte, die zu ihrer Auslösung eines exogenen Ereignisses bedurften.

Allgemeine Bemerkungen

Die Pathogenese

Die Pathogenese ist wohl das Problem, welches die Autoren, die sich um die "Wochenbettpsychose" bemühten, am meisten bewegte. Das ist verständlich, denn die Möglichkeit, sich über eine Krankheit, die ihren Platz angeblich zwischen symptomatischen und endogenen Psychosen hat, an eines der Hauptprobleme der Psychiatrie, die Genese der endogenen Psychosen, heranzuarbeiten, ist nicht von der Hand zu weisen. Jedoch ist es bislang nicht geklärt, ob es überhaupt eine spezifische Schädlichkeit bzw. Reaktion des Wochenbettes gibt.

Bloch wollte bereits 1932 neuropathologische Zeichen, wie Zelldegeneration, perivaskuläre Veränderung der weißen subcorticalen Substanz des Stirnlappens und der motorischen Region gesehen haben. Parfitt postulierte eine Störung der Nierenfunktion, Kehler eine organische Hypophysenstörung oder eine psychisch bedingte Funktionsstörung der Hypophyse. Marchand machte eine akute Encephalitis verantwortlich.

Ballerio wiederum sah die Ursache der Wochenbettpsychose in einer toxisch urämischen Schädigung, hervorgerufen durch eine embolische Herdnephritis, Liebers mehr in einer funktionellen, vielleicht toxisch bedingten Kreislaufstörung, Hyland in einer intracraniellen Thrombose. Maere dachte an eine Vergiftung mit placentogenen Ptoaminen, Blinow an eine Hypophysen-, Ovarial-, Nebenschilddrüsen- und Nebennierenrindeninsuffizienz mit gleichzeitigem Hyperthyreodismus. Blinow war es auch, der als erster feststellte, daß die Puerperalpsychose zwar "exogen ausgelöst" würde, dann sich aber "autonom endogen" weiterentwickelte.

Balduzzi wies darauf hin, daß die Reaktionsfähigkeit des Zwischenhirns durch den Gestationsprozeß verändert werde. De Caro und Dubois sprechen von einer Sensibilisierung natürlicher Anlagen im Wochenbett, wodurch es zum Manifestwerden der Erkrankung komme. Tatlow sieht den Haupt-

grund der Erkrankung in psychischen Abwegigkeiten und Familienkonflikten. Luzzati weist wieder auf das begleitende cerebral-meningeale Ödem hin.

Finotti stellt verschiedene Momente zusammen: hereditäre, konstitutionelle, situative, dann toxisch infektiöse und endokrine. Letztere sieht er besonders in einem gestörten Verhältnis zwischen Follikelhormon und Gelbkörperhormon.

Bonhoeffer glaubt, daß Generationsvorgänge allein nicht genügen, um eine Psychose auszulösen, sondern daß immer auch Fieber dazutreten müsse. Symptomgruppierung und Krankheitsbild seien von individuell endogenen Faktoren beeinflusst.

Leonhard beruft sich in seiner Arbeit über exogene Schizophrenien, wo er schizoforme Krankheitsbilder ohne schizophrene Veranlagung postuliert, besonders auf einige Fälle von Wochenbettpsychosen.

Steinmann stellte dann allgemein fest, daß die Geburt nicht Ursache, sondern lediglich Auslösung der Psychose sei. Die exogenen Faktoren wirken nur modifizierend, maßgebend sei die erbliche Konstitution. Diese färbe das Krankheitsbild um so mehr, je weniger somatische Schädigungen wie Infektionen, große Blutverluste, Erschöpfungen herangezogen werden können. Überhaupt handle es sich bei den Wochenbettpsychosen um verschiedene Krankheiten, die nur ihre Entstehungszeit gemeinsam haben.

Römer wiederum kennt nur eine Provokation endogener Veranlagung an, während Beckmann die Puerperalpsychosen zu den symptomatischen Psychosen zählt. Schwingenheuer glaubt an eine zufällige Koinzidenz zwischen Wochenbett und Schizophrenie. Eine Generationspsychose sui generis gebe es nicht, viele gehörten zu den endogenen, andere zu den symptomatischen Psychosen.

Unsere Untersuchungen haben ergeben, daß bei nahezu der Hälfte unserer Patientinnen (30 von 64) Geburts- bzw. Wochenbettkomplikationen vorgelegen haben. Insbesondere handelte es sich um Blutungen, Mastitis, Eklampsie, Thrombose. Oft wurden auch Senkungsbeschleunigungen, Fieber, Anämie ohne entsprechende klinische Befunde festgestellt.

Fast alle somatischen Komplikationen des Puerperiums traten, wie ja zu vermuten war, bei der Gruppe I (Wochenbettpsychosen im engeren Sinn als körperlich begründbare Psychosen) auf, während die Psychosen, welche einen endogenen Verlauf nahmen, selten einen schwerwiegenden körperlichen Befund aufzuweisen hatten.

Symptomatologische Zuordnung

Während Forstner das halluzinatorische Irresein als die dem Wochenbett spezifische Psychoseform herausstellt, teilt Steinmann die psychischen Erkrankungen des Puerperiums in fünf Gruppen. Sie unterscheidet Psychosen mit amentia-ähnlichem Bild mit und ohne Komplikationen, schizophrene Prozesse, depressive Krankheitsbilder und psychopathische Erregungszustände. Karnosh beschreibt delirante Zustände als charakteristisch für die Psychose des Wochenbettes, als deren pathologisch-anatomisches Substrat er eine Hirnschwellung und Gliaproliferation konstatierte. Beckmann postulierte ebenfalls einen Idealtyp, der durch einen exogenen amentia-artigen Beginn, ein paranoid-halluzinatorisches Übergangsstadium und einen endogenen Ausklang mit vorwiegend affektiver Beteiligung gekennzeichnet sein soll.

Kluge ordnet die Psychosen des Wochenbettes in reine symptomatische Psychosen, schizophrene oder zylothyme Erkrankungen und dazwischenliegende langwierige, doch letztlich heilende Mischformen. Ewald dagegen ist der Meinung, daß es sich mit Ausnahme der Infektionspsychosen um endogene Psychosen handelt.

Schröder unterscheidet im Wochenbett katatoniforme symptomatische Psychosen, zur Schizophrenie gehörige Formen, die sich von der genuinen Schizophrenie durch ihre Defektlosigkeit abtrennen lassen und manisch-depressive Erkrankungen.

Keyserlingk stellt den Mortalitätspsychosen, die "im Wechsel ein ängstlich-gehemmt-depressiv-stuporöses Verhalten, dann wieder heftigste hyperkinetische Erregung mit einer gewissen affektiven Zuwendung zur Umwelt und gelegentlich halluzinatorische Phänomene" zeigen, die Gruppe der Depressionen gegenüber, die "meist ängstlich-gehemmte, aber auch stuporös-mutistische, akinetische, ratlos-agitierte Züge" aufweisen.

Pauleikhoff wählt in seiner gerade erschienenen Arbeit als Einteilungsprinzip der Psychosen nach der Geburt die "zeitliche Abhängigkeit vom Ereignis der Entbindung". Er begründet dieses Vorgehen mit der Beobachtung, daß sich unter den Wochenbettpsychosen viele atypische Psychosen befinden und daß sich "bei den verschiedenartigen Bildern in ihrem zeitlichen Abstand von der Geburt klare Unterschiede" abzeichnen. Pauleikhoff stellt vier große Gruppen heraus. Die am 3. bis 5. Tag einsetzenden amentialen und manischen Bilder mit Verkennungen der Umgebung, Verwirrtheit, paranoiden, halluzinatorischen Phänomenen, stellen die erste Gruppe dar, die der Autor je-

doch nicht als echte körperlich begründbare Psychosen anerkennt. Hierauf folgt die Gruppe der endogenen Depressionen, die um den 10. Tag post partum meist bei der Krankenhausentlassung auftreten. In der 3. und 4. Woche entstünden atypische endogene depressive Phasen, die bisweilen eine katatoniforme und amentielle Symptomatik aufweisen. Die letzte große Gruppe bilden die Krankheitserscheinungen, die im 3. und 4. Monat nach der Geburt einsetzen. Hierbei handelt es sich meist um Schizophrenien. Eine günstige Prognose sei lediglich bei den Fällen der ersten Gruppe zu stellen, die ausnahmslos heilen und auch in späteren Wochenbetten nicht rezidierten. Atypische Psychosen seien um so günstiger zu beurteilen, je mehr die amentielle Symptomatik überwiege. Die typischen depressiven und schizophrenen Formen rezidierten im weiteren Verlauf. Situative Momente haben nach Meinung des Verfassers eine größere Bedeutung für die Auslösung der Psychose als körperliche Erkrankungen im Wochenbett.

Auf unsere Einteilung der Psychosen post partum wurde bereits in der Einleitung hingewiesen.

Erkrankungsalter

Das Durchschnittsalter unserer 64 Patientinnen betrug bei der Ersterkrankung 29,1 Jahre, einem Alter also, das doch etwas über dem Durchschnittsgeburtensalter gesunder Frauen liegt. Auf die einzelnen Gruppen verteilt, ergeben sich für die Gruppe IA 27, 2 Jahre, für die Gruppe IB 28,5 Jahre und für die Gruppe II 30,6 Jahre.

Man bekäme natürlich entsprechend höhere Durchschnittswerte, wenn man auch noch das Alter zum Zeitpunkt der eventuellen Wiedererkrankung im Wochenbett berücksichtigen würde.

Beginn und Dauer der Erkrankung

Der Ausbruch der Psychose erfolgte bei dem größten Teil der Frauen im Laufe der ersten 14 Tage nach der Geburt. Die anderen erkrankten bis zu 8 Wochen post partum. Eine bestimmte Zeit, in der ein Kausalzusammenhang zwischen Wochenbett und Psychoseausbruch hergestellt werden kann, ist nicht zu bestimmen, da die Dauer des Wochenbettes zeitlich auch nicht fest begrenzt ist, sondern von den jeweiligen individuellen Faktoren abhängt.

Eine den einzelnen Krankheitsbildern spezifische Erkrankungszeit nach der Geburt konnten wir nicht feststellen, wohl aber müssen wir Pauleikhoff

darin beipflichten, daß depressive Psychosen gerne nach der Krankenhausentlassung auftreten.

28 Frauen (44%) erkrankten nach der ersten Geburt, 10 (16%) nach der zweiten Geburt, 5 nach der dritten, 4 nach der vierten, 1 nach der neunten und 8 nach Fehlgeburten. Die immer wieder vorgebrachte Behauptung, die Wochenbettpsychosen träfen bevorzugt Erst- und Zweitgebärende, stimmt natürlich nur insoweit, als Dritt- und Viertgebärende allgemein seltener sind.

In Gruppe I errechneten wir eine durchschnittliche Krankheitsdauer von 2,9 Monaten, in der Gruppe II eine von 3,4 Monaten. Es ergeben sich jeweils Streuungen von 3 Wochen bis über 1 Jahr. Aus der Dauer der Erkrankung lassen sich keine Schlüsse auf die Prognose oder die Art der psychischen Störung aufzeigen. Oft heilen monatelang sich hinziehende Krankheitserscheinungen völlig aus und recidivieren nicht mehr. Auf der anderen Seite können kurzdauernde puerperale psychische Störungen nach einiger Zeit in eine regelrechte endogene Psychose übergehen.

Prämorbidie Persönlichkeit

An prämorbidien Charaktereigenschaften fanden wir in Gruppe I besonders: ängstlich, sensibel, schwernehmend, fleißig, genau, leicht erregbar. Obwohl die Gruppe II mehr ernste, empfindliche Persönlichkeiten zeigt, scheint uns eine Abgrenzung anhand unseres Materials nicht gerechtfertigt.

Pires gibt an, daß Extrovertierte, Eifersüchtige und zu ehelichen Konflikten Neigende vorherrschen und gegenüber den Introvertierten eine bessere Prognose zeigen.

I. WOCHENBETTPSYCHOSEN IM ENGEREN SINNE ALS KÖRPERLICH BEGRÜNDBARE PSYCHOSEN

Unter Wochenbettpsychosen im engeren Sinne verstehen wir, wie schon eingangs erwähnt, im komplizierten Wochenbett auftretende Psychosen, die höchstens während eines nachfolgenden Puerperiums Recidive zeigen. In einer Untergruppe wollen wir die Psychosen mit vorwiegend exogener Symptomatik, in der anderen diejenigen mit vorwiegend endogener Symptomatik zusammenfassen.

Von unseren 64 Patientinnen entfallen 33 auf diese Gruppe.

A. Exogene Symptomatik

Dieser ersten Gruppe der Wochenbettpsychosen im engeren Sinne wurden alle diejenigen Patientinnen zugeordnet, welche eine somatische Komplikation ihres Wochenbettes aufzuweisen hatten und deren Krankheitserscheinungen in erster Linie in einer exogenen Symptomatik bestanden.

Dabei lassen sich wiederum zwei verschiedene Zustandsbilder voneinander abtrennen. Wir wollen einem mehr delirant-amentiellen Bild mit Verwirrtheit, illusionären Verkennungen, Halluzinationen und motorischer Unruhe ein hypokinetisches gegenüberstellen, das besonders durch Stupor und Mutismus ausgezeichnet ist.

1. delirant-amentieller Typ (5 Fälle)

Über eine erbliche Belastung war bei diesen Frauen nur zu erfahren, daß in zwei Fällen der Vater Suicid beging, ein dritter Alkoholiker war und in seiner Jugend einen "Nervenzusammenbruch" erlitt.

Keine der Patientinnen war früher psychisch auffällig geworden. Schilderungen der prämorbidem Persönlichkeit lassen nicht die Dominanz eines bestimmten Typs erkennen.

Sowohl stille anspruchslöse als auch aufgeschlossene temperamentvolle und ängstliche nervöse Persönlichkeiten sind vertreten. Ebensowenig läßt sich ein bestimmter Körperbautypus herausstellen.

Stellvertretend für diese Gruppe seien zwei Patientinnen:

S.M. (9) 26 J.

F. A. Vater Suicid

Prämorbid: hyperthymes Temperament, freundlich.

1. Geburt: Seit dem 7. Schwangerschaftsmonat Ödeme und erhöhter Blutdruck. Zangenentbindung, Frühgeburt (starb später). Nach der Geburt Aderlaß, jedoch weiter präeklampsisch. (Blutdruckanstieg, erheblicher Nierenbefund, Esbach bis 14 mg). Pulsbeschleunigung, Bewußtseinstörung, neurologischer Befund, der an Hirnschwellung oder Embolie denken ließ; beginnende Endocarditis. 6 Tage post partum kaum ansprechbar, motorische Unruhe, negativistisch, Vergiftungsfurcht.

10 Tage p.p. Verlegung von der Frauenklinik in die Nervenklinik. Temp. bis 40°C, BSG 28/50, Hb 47%.

Stuporös, antwortet kaum, lächelt verklärt.

Einige Tage später: zugänglicher, redet viel, Personenverkenning. Bei Ansteigen der Temperaturen (39,5°C) besonders delirant, sehr unruhig, halluziniert andauernd, schreit laut, glaubt unter Beschuß zu liegen, deutet jedes Geräusch illusionär i. S. ihrer Sinnestäuschungen um, es fliege etwas im Zimmer herum, erkennt mehrere Personen, sieht in dem Pfleger ihren Mann, eigensinnig, verläßt Bett, will nach Hause. Therapie: EKB, Penicillin, Schlaf- und Beruhigungsmittel.

Nach 5 Wochen mit fallender Temperatur ruhig, geordnet, krankheitseinsichtig.

2 Wochen später wieder stark verwirrt, halluziniert erheblich (opt., hapt.); verstört.

Weiter subfebrile Temperaturen. Wechsel von stundenweisem deliranten Verhalten mit Apathie und darauffolgendem expansiv-manischem Verhalten.

Nach zusätzlicher Insulinbehandlung Besserung. 4 1/2 Monate nach Krankheitsbeginn unauffällig, geordnet entlassen.

O.R. (58) 31 J.

F. A. Ø

Prämorbid: zurückhaltend, nicht kinderliebend.

Asthenischer Habitus.

2. Geburt: Schwangerschaft unerwünscht. Abtreibungsgedanken, SMV.

3 Tage vor der Geburt etwas auffällig, wiederholte immer: "mein Mann motzt dauernd" (Streit mit Ehemann). Eifersüchtig.

Nach der Geburt wie umgewandelt; hatte Kind gern, versorgte es gut. Am

4. Tag post partum unruhig, dann wieder still und gedrückt. Angstzustände,

schreibt laufend Briefchen, der Ehemann sei verrückt, sie selbst sei völlig normal. Andere Patientinnen seien gegen sie, hätten sich in eine Ecke zusammengehockt, sie habe das Wort "Schande" gehört. Ihr Mann sei in der Nacht hier gewesen und habe mit ihr gesprochen, hörte ihr Kind schreien. Organ.: BSG 40/73, Leukocytose (11 200), Temp. bis 39,7°C. Blutbild: vereinzelt toxische Granulationen der Neutrophilen. Harn: Eiweiß schwach positiv, im Sediment massenhaft Leucocyten und mehrere Erythrocyten, Grundumsatz + 27, vegetative Zeichen (feinschlägiger Fingertremor, Lidflattern). Bewußtsein getrübt, zeitlich, örtlich, personell desorientiert. Perseveration, Rededrang, ideenflüchtig, psychomotorisch unruhig, delirant, hantiert ruhelos mit Gegenständen. Stimmungsschwankungen, Wahnerlebnisse (Mann und Verwandte seien im Keller eingesperrt), konfabuliert, unkonzentriert. Rede inkohärent, Klangassoziationen, fühlt sich beobachtet, bestrahlt, hypnotisiert. Th.: Dominal, Atosil, Melleril.

14 Tage p.p.: unruhig, stark verwirrt, desorientiert. Schreit, halluziniert, Personenverkennung (hält Arzt für Ehemann). Ruft nach Personen ihres Bekanntenkreises. Internistisch, gynäk. o.B., EKB (9).

Kurze Zeit stuporös-akinetischer Befund. Wischbewegungen, kein Kontakt.

Nach 5-6 Wochen Besserung, Amnesie für früheren Zustand, ausgeglichene Stimmung, orientiert, ruhig, hilfsbereit, kontaktfähig.

Wie diese beiden Fälle zeigen, sind scharfe Abgrenzungen im Rahmen der Wochenbettpsychosen mit exogener Symptomatik natürlich unmöglich. Alle Symptome, die bei anderen symptomatischen Psychosen auftreten, lassen sich auch hier finden. Warum in einem Fall mehr das eine, im anderen jenes Symptom überwiegt, läßt sich nicht erklären. Vermutlich spielt die Art und die Stärke der schädigenden Noxe eine Rolle, vielleicht aber auch das verschiedene Reagieren des menschlichen Gehirns oder beides.

Die Geburt an sich sehen wir als physiologischen Vorgang, die allein auch in keinem unserer Fälle zu einer Psychose des delirant-amentiellen Typs geführt hat. Immer ist gleichzeitig eine somatische Komplikation des Wochenbettes vorhanden. Bei unseren Patientinnen fanden wir Mastitis, schwere Blutungen post partum mit daraus resultierender Anämie, Venenthrombosen, eklampthische Zeichen wie Blutdruckanstieg, Ödeme, Albuminurie.

Psychisch auffällig wurden die Frauen in den ersten 14 Tagen nach der Geburt, zwei davon sofort nach der Geburt, eine jedoch erst nach 4 Wochen. Über Vorboten wie Angst, Unruhe, Herzklopfen, Übelkeit, Schlaf- und

Appetitlosigkeit setzten die psychischen Krankheitszeichen dann schlagartig ein. Die Patientinnen redeten plötzlich "wirres Zeug", wurden äußerst reizbar, tobten, schrien, weinten und verkannten die Personen ihrer Umgebung.

In diesem höchst erregten Zustand wurden die Frauen meist in die Klinik eingewiesen.

Wichtigstes Kriterium der "Exogenität" ist auch bei dieser Gruppe der Wochenbettpsychosen die Bewußtseinsstörung. Die Patientinnen sind zeitlich, örtlich und personell nicht orientiert. Die derzeitige Situation wird in der Regel nicht erkannt, die Mitmenschen in ihrer Funktion nicht richtig eingeordnet, das Denken ist inkohärent. Das Bild der Verwirrtheit entsteht.

Die Auffassung ist gestört. Illusionäre Verkennungen finden sich bei allen Patientinnen (die Mitmenschen seien Affen und haben sich in einer Ecke zusammengedrängt). Ebenso fehlen in keinem unserer Fälle Halluzinationen, sowohl optische (aufgeblasene dicke Menschen vor dem Fenster) als auch akustische (hört Kind schreien) und haptische (der Arzt ließe Strom unter das Bett oder sie liege im Wasser und gehe immer tiefer unter). In zwei Fällen wird auch von Bestrahl- und Hypnotisiertwerden gesprochen.

Die delirante motorische Unruhe äußert sich in wildem Umherlaufen, Schreien, Hantieren mit allen möglichen Gegenständen, Schlaflosigkeit. Auch stereotype Äußerungen, wie "ich werde krank" und wahnhaftige Vorstellungen wie: der Ehemann sei im Keller eingesperrt oder man wolle sie vergiften, kommen vor.

Alle Patientinnen befinden sich in einer ängstlich-erregten Stimmung, aus der heraus sie im Gegensatz zur nächsten Gruppe mehr expansiv durch Zornesausbrüche oder gar aggressive Handlungen reagieren.

In keinem unserer Fälle findet sich ausschließlich ein amentieller oder delirantes Syndrom. Wenn auch zeitweise einmal mehr das Bild der Verwirrtheit, Ratlosigkeit, oder andererseits der Verkennungen, Halluzinationen, motorischen Unruhe vorherrscht, so lassen sich beide im Längsschnitt der Erkrankung nie auseinanderhalten.

2. Hypokinetischer Typ (4 Fälle)

Vorwiegend hypokinetische Zustände, welche nicht mit Katatonien zu wechseln sind, zeigten 4 unserer Patientinnen.

G.I. (31) 30 J.

F.A. Ø

1953 Heirat. Keine situativen Schwierigkeiten in der Ehe; frisch, fröhlich, aufgeschlossen, sehr temperamentvoll.

1. Geburt: manuelle Placentalösung, Mastitis, nicht gestillt.

Einige Tage post partum zunehmend still, apathisch, kein Interesse für die Umwelt, Appetit- und Schlaflosigkeit, Stuhlverstopfung, Miktionsbeschwerden. Gegenüber dem Kind völlig desinteressiert, wie erstarrt, Vergiftungsfurcht (Säurebad, Essen), regungslos, amimisch, Mutismus.

Dysplastischer Hybitus, vegetative Stigmatisierung; mäßige Hypoproteinämie, γ -Globulinvermehrung.

Mäßige normochrome Anämie (3,2 Erys, 64% Hb), BSG 45/65, 39,5°C.

Durch EKB und Megaphen löst sich innerhalb einiger Tage der Mutismus.

Nach Übergang über affektbetontes depressives Stadium gewann die Patientin 6 Wochen nach Krankheitsausbruch vollkommen ihre kritische Haltung zurück und verhielt sich völlig geordnet und situationsgerecht.

Mangelhafte Rückbildung des Uterus, sehr starke Colpitis, 8 Tage nach Klinikaufnahme: Fremdheitsgefühl, Menschen kommen ihr "wie nicht echt" vor, "wie im Theater". (Auch ihr eigenes Ich erlebe sie in einer eigentümlichen fremdartigen Weise). Keine Inhalte im Sinne psychotischer Erlebnisweisen, keine schizophrene Symptomatik ersten Ranges.

H.H. (11) 31 J.

F.A. Ø

Prämorbid: still, anspruchslos, schwer gearbeitet, kleiner, aber kräftiger grober Körperbau.

2. Geburt: Schwangerschaft und Geburt normal. 14 Tage gestillt, dann plötzlich Angstgefühl, Herzklopfen, "wirres Zeug" geredet, Todesfurcht.

Kann bei Klinikaufnahme kaum laufen, läßt sich hängen, zeitlich und örtlich desorientiert, verwirrt, abwesend, traurig, einsilbig, ängstlich, ratlos, mißtrauisch, deutlich gehemmt, langsame Bewegungen, wenig kontaktfähig, spricht nicht spontan, verweigert Nahrungsaufnahme. Temperaturen um 39°C.

8 Tage später: ängstlich-erregt, lehnt EKG ab, keine Unterhaltung möglich. Im Verlauf einer EKB deutliche Auflockerung, Besserung. Nach 6 Wochen völlige Remission.

Die somatischen Erkrankungen des Wochenbettes sind natürlich die gleichen wie die der unter 1) geschilderten Fälle. Drei der Patientinnen wiesen mittelschwere normo- bzw. hypochrome Anämien auf mit einem Hb-Gehalt von 60-65%. In einem Fall begannen die akuten Erscheinungen nach einer Blutübertragung, was jedoch nicht heißt, daß dieser unmittelbar Auslösungscharakter zukomme, da BSG-Erhöhung und Anämie bereits vorher bestanden.

In einem Fall (H.H.) allerdings konnte keine vorhergehende oder begleitende Komplikation des Wochenbettes festgestellt werden.

Beginn und Dauer der Erkrankung stimmen mit denen der ersten Gruppe überein.

Zufall mag es sein, daß bei den vier Patientinnen zunächst Stillschwierigkeiten auftraten (Brustdrüsenentzündung, Mangel an Milch, Schmerzen in der Brust, Versorgung des Kindes wird verweigert). Gleichzeitig mit körperlichen Beschwerden wie Obstipation, Schlaf- und Appetitstörungen, Herzklopfen werden die Frauen still und apathisch, Haushalt und Kind werden vernachlässigt, das Essen verweigert.

Verwirrt, verstört, unruhig, mißtrauisch werden die Patientinnen in die Klinik gebracht.

Das Bewußtsein scheint nicht immer so stark getrübt wie bei den mehr deliranten, amentialen Fällen; trotzdem ist die örtliche und zeitliche Orientierung weitgehend gestört. Ein allgemeines Gehemmtsein, eine Erschwerung des Denkens, langsame Bewegungen fallen auf. Meist sitzen die Frauen abwesend, wie erstarrt, amimisch in einer Ecke. Sie sprechen nicht spontan, falls doch, so stereotyp wie etwa: Ich will Liebe, nichts als Liebe. Befürchtungen wie das Kind werde sterben und man selbst solle vergiftet werden, kommen auf. Bisweilen werden Stimmen gehört, die Gedanken weggenommen, Beziehungswahn und Fremdheitsgefühl geäußert.

Zwischendurch ist die Stimmungslage auch einmal etwas gehobener, eine Sprechbereitschaft, einmal sogar ein Rededrang vorhanden.

Differentialdiagnostische Schwierigkeiten treten in diesen beiden Untergruppen der mit exogener Symptomatik einhergehenden Wochenbettpsychosen eigentlich kaum auf. Rücken jedoch einmal die Bewußtseinsveränderungen mehr in den Hintergrund und mehren sich "schizophrene Symptome", so kann einmal eine Abgrenzung zur Katatonie schwer werden. Bei den akinetischen Bildern ist natürlich auch eine Depression auszuschließen.

Vier der Frauen erkrankten nach der ersten Geburt, wobei in zwei Fällen die Frauen nach einer postpartalen Eklampsie psychotisch wurden. Fünf Patientinnen erkrankten nach der zweiten Geburt. Recidive wurden bei der katamnästischen Erhebung in keinem Fall festgestellt. Soweit noch spätere Schwangerschaften auftraten (in drei Fällen), verlief auch hier die Nachgeburtsperiode ohne Beschwerden.

Tabelle 1: Gruppe IA

Nr.

9	1			
10	1	2		
38	1	2		
47	1	2	3	
58	1	2		
11	1	2		
31	1			
54	1	2	3	
56	1	2	3	A

Erklärung:

Zahl: Geburtenfolge

Fettdruck: Psychose im Wochenbett

A: Fehlgeburt

Pfeile: Psychosen außerhalb von Gravidität und Wochenbett

B. Endogene Symptomatik

Viele Autoren ordnen die "Wochenbettpsychosen" allgemein zwischen die exogenen und die endogenen Psychosen ein. Daß es eindeutige exogene und endogene psychische Erkrankungen des Wochenbettes gibt, haben wir gezeigt bzw. werden wir noch zeigen.

In dieser Gruppe sind nun Psychosen zusammengefaßt, die exogen verursacht wurden, jedoch eine vorwiegend endogene Symptomatik zeigen. Weiter fordern wir für diese Fälle defektfreie Heilungen ohne Recidive, es sei denn in einem späteren Wochenbett.

Eine Unterordnung dieser Gruppe unter körperlich begründbare Psychosen ist natürlich nur insofern berechtigt, als eine nachweisbare körperliche Krankheit zugrunde liegt. Mit K. Schneider sind wir der Meinung, daß alle "endogenen" Symptome auch in "exogenen" Psychosen vorkommen können.

Nach der Symptomatologie unterscheiden wir schizophrene, depressive und manische Bilder.

1. Schizophrene Zustandsbilder (6 Fälle)

Schizoforme Krankheitsbilder ohne schizophrene Veranlagung werden vor allem von Bonhoeffer, Rosenfeld und Leonhard beschrieben. Schizophrene Symptome sind nach Bumke allgemeine Reaktionsformen, mit denen das Gehirn auf die verschiedensten Schädlichkeiten antwortet. Leonhard stellte fest, daß es eine Eigenart der Puerperalpsychosen ist, "häufig schizophrene Bilder zu zeigen, die sich durch glatte Heilung nach oft protrahiertem Verlauf erweisen".

Die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten gegenüber der im Wochenbett entstandenen genuinen Schizophrenie liegen auf der Hand. Eine eindeutige Klärung ist oft erst nach längerer Zeit möglich, wenn feststeht, daß weder Recidive ohne exogene Ursache noch schizophrene Defekte aufgetreten sind. Eine Abgrenzung gegenüber einmalig auftretenden Schizophrenien kann nahezu unmöglich sein.

P.R. (57) 30 J.

F.A.: keine Nerven- und Geisteskrankheiten.

Prämorbid: etwas nervös, verstandesbetont, sehr gewissenhaft, sehr religiös, lebte in der Welt der Bücher; Abitur. Zu Beginn der Ehe Vaginismus. Ehe sonst glücklich.

Konstitution: asthenisch.

1. Geburt: ohne Besonderheiten.

2. Geburt: 4 Wochen vor der Geburt heftige Grippe mit Wadenkrämpfen, erschöpft. 14 Tage vor der Geburt starker Blutverlust durch Nasenbluten. Entwickelte 8 Tage post partum einen eigenen Wortschatz, gebrauchte unverständliche Worte, schob den üblichen Ausdrucksweisen und Redensarten eine neue Bedeutung unter.

Hörte Stimmen (redeten schlecht über sie, machten ihr Vorwürfe). Erregungs-, Angstzustände mit religiösen Inhalten (glaubte sich gestorben und im Fegefeuer, werde aber wieder auferstehen). Schlaflos, geräuschempfindlich. Personenverkenngung (hielt Rotkreuzfahrer für Hauptmann aus einem Roman).

Keine geordnete Kontaktaufnahme, Sprache außerordentlich sprunghaft, Satzsetzen, Wortspielerei, Klangassoziationen.

Gequält-heiterer Affekt. Fühlt sich nicht krank. Verlauf: Hohe Senkung (BSG 65/95), hypochrome Anämie (Hb 50%, Erythrocyten 3,8 Mill., Poikilocytose, Anisocytose, geringe Leukocytose, Verdacht auf leichte Endometritis. Th.: Decentan, Aturban, mehrere Bluttransfusionen.

3 Wochen nach Ausbruch der Psychose gibt die Patientin an, sie habe kurz nach der Geburt Stimmen über der Decke gehört, die sich über sie unterhielten, sie kritisierten, ihr Herz abhörten. Ihr Herz und ihre Atmung seien von oben in Gang gehalten worden. Das Bettgestell sei mit ihrem Herzschlag gegangen. Sie sei durch das Fegefeuer gegangen, ihr Geist habe sich damals schon streckenweise vom Körper gelöst. Sie habe anstelle von Christus gestanden (Kreuzweg) und sei Stück für Stück ans Kreuz geschlagen worden. Nach der Kreuzigung sei sie auch geistig tot gewesen. Nach der Auferstehung habe sie eine Fülle von Lebensweisheiten erfahren. Sie habe eingesehen, daß sie vorher wie ein Kind gelebt habe. Es sei gleich, welcher Religion man angehöre, die subjektive Gesinnung sei maßgebend. Sie habe das Dogma der "Selbstbefruchtung" der Maria verstanden, da ihr erstes Kind auch durch "Selbstbefruchtung" gezeugt worden sei (Vaginismus, frigide).

Nach dem geistigen Tode habe sie vor ihrer Wiederauferstehung durch ein "Loch" gemußt (später erklärt sie einmal, sie habe durch lange Röhren kriechen müssen, um wieder ans Licht zu kommen). Bei der Geburt müsse das Kind ja auch durch ein Loch, so sei es auch beim Tod. Entlassung nach knapp 2 Monaten (völlige Krankheitseinsicht, Distanz von den Erlebnissen).

2. Aufnahme: (genau 2 Jahre später nach der 3. Geburt). In der Zwischenzeit unauffällig.

Am 6. Tag post partum psychisch auffällig, unnatürlich gehobene Stimmung,

umtriebig, motorisch erregt. Stark übertriebene religiöse Vorstellungen mit Sendungsbewußtsein. Hört Stimmen.

Psychischer Befund: bewußteinsklar, voll orientiert, guter Kontakt. Beziehungsideen, leichte Zerfahrenheit des Denkens.

Th.: Decentan, Aturban, Truxal.

Verfaßt "Utopie", will alle möglichen Dinge ändern, so z.B. auch das Christuszeichen.

Nach 2 Monaten wurde die Patientin in gutem Zustand mit völliger Distanz von ihren psychotischen Erlebnissen entlassen.

D. A. (61) 20 J.

F. A.: Keine Nerven- und Geisteskrankheiten.

Prämorbid: Zart, leicht erregbar, Volksschule, Schneiderin.

1. Geburt: 3 Wochen zu früh.

8. Tag post partum müde, doch keine Ruhe gefunden, glaubte sie sei noch immer schwanger; verweigerte das Essen; hatte Angst einzuschlafen, weil sie fürchtete, nicht mehr aufzuwachen; laut geschrien, ihr Herz schlage nicht mehr; geweint; "Ich friere an meinem Bauch, das zieht so durch"; wollte beschimpft, angeschrien und derb angefaßt werden.

Rededrang, Inkohärenz, Waschzwang (mit Sagrotan); hatte Gefühl, als gehe Wasser literweise durch ihren Körper. Stimmen "Wenn du einschläfst, stirbst du!" - Im Körper kribbele es wie Strom; Angst; bewußteinsklar; allseitig orientiert.

Also: Beeinflussungs-, Beobachtungs-, Verfolgungs-, Bedeutungserlebnisse. Akustische, haptische, aktinische Halluzinationen.

Organisch: RR 160/100; BSG 21/45; Temp. 39°C; Urin: Eiweiß positiv, massenhaft Bakterien und Leukocyten im Sediment;

Blut: Leukocyten 7200, Erys 4,05 Mill., Hb 78%.

4 Wochen nach Krankheitsbeginn geordnet und in ausgeglichener Stimmung entlassen.

Diese beiden Fälle mögen als Beispiel für den schizophrenen Typ der Wochenbettpsychosen im engeren Sinn genügen. Bei keiner dieser Patientinnen war eine Geistes- oder Nervenkrankheit in der Familienanamnese zu finden. Unter den Körperbautypen dominiert der leptosome Habitus. Psychisch läßt sich in der prämorbidem Persönlichkeit lediglich eine gesteigerte Nervosität und Ängstlichkeit feststellen, in einem Fall Enuresis nocturna bis zum 18. Lebensjahr, in einem anderen fiel eine traurige Verstimmung während der Menses auf.

Die Geburt selbst verlief in all diesen Fällen normal, auf keinen Fall ließ sich eine Häufung von Geburtskomplikationen feststellen. Jedoch zeigten mit Ausnahme einer Patientin alle in der Nachgeburtsperiode Wochenbettkomplikationen, so postpartale Blutungen, Venenthrombosen, Mastitis, eklamptische Anfälle, Parotitis mit allgemeiner Furunkulose, positive Nierenbefunde, wie Albuminurie und Rest-N-Erhöhung, zwei jedoch nur uncharakteristische Symptome wie erhöhte Senkung, Fieber, Blutdruckanstieg, Anämie, Leukocytose, wobei es sich aber wohl auch um Ausdruck einer unerkannten Infektion gehandelt haben dürfte.

Inwieweit der psychische Faktor mit eingeht, läßt sich nicht eindeutig beantworten. In einem Teil der Fälle bestand jedoch eine psychische Stresssituation, sei es, daß die Patientin übergroße Angst vor der Geburt hatte, die Heirat erst kurz vor der Geburt erfolgte, das Kind unerwünscht war, die Patientin gegen ihren Willen zur Entbindung in eine Klinik gebracht wurde, oder daß sich eine Patientin in einer Konfliktsituation zwischen Vater und Ehemann gestellt sah.

Da nur ein kleiner Teil der Frauen mit kompliziertem Wochenbett psychotisch wird, muß man eine gewisse konstitutionelle Reaktionsbereitschaft annehmen. Warum eine Patientin lediglich "exogene Symptome" zeigt, die andere schizophreniform reagiert und die dritte depressiv wird, ist vermutlich nur über eine in der Individualität begründete verschiedenartige "reactio" zu erklären. Die "actio", die Art der Noxe, ist in allen Fällen unspezifisch.

Psychisch auffällig wurden die Patientinnen alle in den ersten 10 Tagen nach der Geburt bzw. in einem Fall nach einer Fehlgeburt. In der Minderzahl brach die Psychose plötzlich aus, öfter entwickelte sie sich über ein Prodromalstadium, welches durch Müdigkeit, bei gleichzeitiger Schlaflosigkeit, Angst, Unruhe, Mißtrauen, zum Teil durch Teilnahmslosigkeit und körperliche Beschwerden gekennzeichnet ist.

Bei der Hälfte der Patientinnen herrschte zunächst ein mehr amentielles Bild mit "traumhafter Verworrenheit", schnell sich ändernden Sinnestäuschungen, motorischer Unruhe, Gedankeninkohärenz, Mißtrauen, Erregungs- und Angstzuständen vor. Überhaupt steht die Angst derart im Vordergrund, daß sie alle übrigen Symptome färbt.

Bewußtseinsstörungen, welche bei diesen drei Frauen zu Beginn angedeutet waren, konnten bei Klinikaufnahme nicht mehr festgestellt werden. Für dieses einige Tage bis 2 Wochen dauernde Stadium bestand später meist eine Amnesie.

Dann zeigten auch diese drei Patientinnen eine eindeutige schizophrene Symptomatik, wie sie bei den restlichen drei zu Beginn bereits bestand. Die Personen- und Gegenstandsverkennungen, die optischen, akustischen Halluzinationen gewannen den Charakter des Bedrohlichen. Die Stimmen unterhalten sich über die Patientin, kritisieren sie, klagen sie an. Das eigene Erleben wird von außen "gemacht".

Selbst Organfunktionen wie Herzschlag und Atmung werden "von oben in Gang gehalten".

Auffallend ist eine lebhafte um die Geburt, das Neugeborene und den Mann kreisende Wahnbildung. Bisweilen wird der Geburtsvorgang immer wieder nacherlebt.

Während ein ausgeprägtes Wahnsystem nur in zwei Fällen ausgebildet war, dominiert ganz besonders der plötzliche Wahneinfall (Patientin habe noch totes Kind im Bauch; Arzt habe falsche Spritze gegeben, der Mann sei mit einer anderen Frau verheiratet; Patientin sei im Fegefeuer).

Im allgemeinen hat man den Eindruck, daß alle psychotischen Erlebnisse sehr leibnahe erlebt wurden und die tieferen Schichten der Persönlichkeit weniger angegriffen sind.

Drei Patientinnen erkrankten nach der ersten Geburt, ebenfalls drei nach der zweiten und eine nach einem Abort. Recidive zeigten lediglich zwei Frauen; und zwar erkrankte eine nach der nächsten, die andere nach der nächsten und übernächsten Geburt. Von der letztgenannten Patientin konnte leider keine Katamnese erhoben werden. Die Möglichkeit einer endogenen schizophrenen Erkrankung ist somit nicht mit Sicherheit auszuschließen. Symptomatologisch unterschieden sich die Recidive in keiner Weise von der Ersterkrankung. Bei einer anderen Patientin wurde ein recidivfreies weiteres Wochenbett erfaßt. Die übrigen Frauen machten überhaupt keine weiteren Schwangerschaften mehr durch.

Es ist noch zu vermerken, daß eine dieser Patientinnen neben "schizophrenen" auch "depressive" Symptome bot, ihre Erkrankung also ein Analogon zu den "Zwischenfällen" der endogenen Psychosen darstellt. Wir besuchten die Patientin und erfuhren, daß sie seit über 11 Jahren psychisch völlig gesund ist.

Tabelle 2: Gruppe IB 1

Nr.

2	A		
12	1	2	
23	1	2	
41	1	2	
57	1	2	3
60	1	2	3
61	1		

2. Depressive Zustandsbilder (16 Fälle)

Nach Bonhoeffer und K. Schneider gibt es im Gegensatz zur Schizophrenie keine symptomatische Zykllothymie. Dieser Behauptung wird allgemein nicht beigepflichtet, und auch wir haben depressive Zustandsbilder im somatisch komplizierten Wochenbett gesehen.

Die Entscheidung zwischen einer Untergrunddepression und einer endogenen Depression kann im Einzelfall sehr schwer werden. Die Feststellung, ob eine Depression ableitbar ist, scheint uns nicht unbedingt ein entscheidendes Kriterium für die Differentialdiagnose zu sein, denn sicher kann man "einen Teil der reicheren Symptomatik mancher zyklotyper Depressionen als Reaktion auf das vitale Darniederliegen unmittelbar verstehen" (K. Schneider).

So ist es auch schwer, eine durch das Wochenbett ausgelöste endogene Depression von einem depressiven Zustandsbild der Wochenbettpsychosen im engeren Sinne zu unterscheiden.

Die Krankenblattdiagnosen lauteten gewöhnlich: Symptomatische Wochenbettpsychose (depressives Bild), endogene Depression post partum, zyklotyme Depression post partum, puerperale Depression usw.

Rein psychoreaktive depressive Krankheitsbilder als Ausdruck einer abnormen Erlebnisreaktion haben wir in unsere Untersuchung nicht aufgenommen.

Der Krankheitsbeginn lag durchschnittlich etwas später (14 Tage) als bei den schizophreniformen Wochenbettpsychosen. Die Dauer der Erkrankung betrug im Durchschnitt 3,3 Monate im Gegensatz zu 2,4 Monaten bei der ersten Gruppe. Eine familiäre Belastung befand sich lediglich bei zwei Patientinnen, in einem Fall wurden noch "schwache Nerven" in der Verwandtschaft angegeben. Körperbaumäßig dominiert die Pyknika etwas, doch auch die

anderen Konstitutionstypen sind vertreten, besonders auch Grazilen, Schlankwüchsige. Die meisten Patientinnen werden als fröhliche, arbeitsfreudige, zum Teil als empfindliche, ängstliche Menschen geschildert, nur wenige als schwernehmend und genau.

Interessanterweise geben einige Frauen - auch bei den anderen Gruppen - Stimmungsschwankungen während der Menstruation an.

Diesem depressiven Typ der Wochenbettpsychose im engeren Sinn haben wir 16 unserer Patientinnen zugeordnet.

Bevor wir auf die Symptomatik eingehen, möchten wir stellvertretend für die Gruppe die Krankheitsgeschichte von drei Patientinnen wiedergeben.

G.H. (63) 23 J.

F.A. Ø

E.A. von Eltern verwöhnt. Gute Schülerin, Handelsschule, Kontoristin. Sensibel. sehr genau ("Millimeterkind").

Heirat vor 1 1/2 Jahren, Ehe harmonisch, liebte vorher einen anderen Mann, den sie auf Rat der Eltern aufgab.

1. Geburt: Zangengeburt.

3 Tage später Halsentzündung mit sehr hohem Fieber (über 40°C), dauerte 8 Tage.

Ungeduldig, wurde mit dem Kind nicht fertig; glaubte, alles falsch zu machen (kann das Kind nicht baden, nicht stillen); Vorwürfe, daß sie das Kind nicht genügend liebe. Schlaf und Appetit schlecht; matt; Konzentrationschwäche; mit dem Haushalt nicht fertig geworden; Suicidgedanken; sie sei überflüssig.

Sie habe keine Verbindung zum Kind und könne es sogar hergeben, sie habe Angst, dem Kind etwas anzutun. Sie könne nicht weinen und nicht lachen. Gravidität: ab 3. Monat geschwollene Beine und erhöhter Blutdruck. Ein Mann habe sie einmal komisch angesehen. Sie habe sich im Keller und in der Wohnung gefürchtet.

Befund: organisch: Prätibiales- und Knöchelödem, RR 145/85, vegetative Labilität (Dermographismus alba, Hände und Füße feucht). Psychisch: bewußtseinsklar, allseitig orientiert, Gedanken geordnet, keine Sinnestäuschungen, Mimik und Gestik verlangsamt, Suicidtendenzen, Stimmung gedrückt, Antrieb vermindert, Selbstvorwürfe, Schuldgefühle, Interesselosigkeit, Insuffizienzgefühl, Entfremdungsgefühle und -erlebnisse, mangelnde Konzentration, Schlaf- und Appetitstörung, keine Tagesschwankungen.

Therapie: Melleril.

Patientin wird im Verlauf der Behandlung (18 Tage) psychisch gelockert, freudig, auf Wunsch einige Tage früher als geplant entlassen.

14 Tage später erneute Aufnahme:

Der Hausarzt verschrieb aus Furcht vor Nebenwirkungen keine Tabletten (Leukocytensturz bis 2000): Die Patientin wurde wieder traurig, saß untätig herum, heftige Selbstvorwürfe, Schuldgefühl, Suicidversuch. Sofortige Besserung nach Medikation (Melleril). 5 Tage später Entlassung.

W.E. (43) 24 J.

F.A. Ø

E.A. normale kindliche Entwicklung, Volksschule, regelmäßige, sehr starke Periodenblutungen ab 15 Jahre.

Lebhaft, schwernehmend.

Leptomorpher Habitus.

1.Geburt: Zu Beginn der Gravidität Blutungen, Geburt normal; am 17.Tag post partum erneut Blutungen, Abrasio. Plötzlich Angst, Unruhe, fühlt sich "getrieben", läuft von zu Hause weg, Suicidgedanken. Schafft den Haushalt nicht, kein Interesse für ihr Kind, grübelt viel, sie habe das Gefühl, daß alles auf sie einstürzen müsse. Appetit und Schlaf schlecht.

Sie fühle sich durch großen Blutverlust geschwächt. Kind habe zu viel geschrien. Sie fühle sich müde und abgespannt. Beklemmung auf der Brust, Benommenheit im Kopf. Für nichts Interesse. 5 Monate seien ihr wie eine Stunde vorgekommen. Nur ein Gedanke: "wie bringe ich mich um?"

Tagesschwankungen, abends besser.

Blutdruck, Blutbild o.B.

Verlauf: Therapie: EKB, Megaphen.

Nach Wochen Besserung, Krankheitseinsicht, dann erneute Depression.

Schließlich 5 Monate nach Krankheitsbeginn (2¹/₂ Monate in der Klinik) anhaltende Besserung der Stimmungslage, frei, unbeschwert.

Häusliche Situation: wohnt bei den Schwiegereltern, wird von der Schwiegermutter als Kind behandelt, der Ehemann kann sich gegenüber seiner Mutter nicht behaupten.

P.A. (3) 29 J.

F.A. Mutter und Schwester nervös, keine Geistes- und Gemütskrankheiten.

E.A. Schon immer ängstlich, nervös, ausgelassen gewesen.

1.Geburt: (1940) normal, manchmal abends unruhig.

2.Geburt (1942) 6 Wochen post partum verändert, schwach; Schlaf und Ap-

petit schlecht; Kopfschmerzen; Befürchtung, daß das Herz stehenbleibe; Luftmangel; sehr stimmungslabil, viel geweint; gejamert, sie müsse sterben; Haushalt nicht versorgt. Differenzen mit Ehemann. Besserung nach einem 3/4 Jahr durch "Aussprache mit Arztfrau". Vollkommene Genesung, doch nicht mehr ganz so lebensfroh; sie sei stiller geworden.

3. Geburt: (1950) komplikationslos. 4-5 Wochen post partum fühlt sich die Patientin schlaff, kann nicht schlafen, nicht essen, trotz Hunger; Brechreiz und Globusgefühl; Kopfschmerzen, Angst, sie müsse sterben; Arbeit falle schwer; wolle morgens nicht aus dem Bett; unglücklich, daß sie ihre Pflichten nicht erfüllen könne.

Angst vor Verrücktwerden; keine Freude an ihren Kindern; Suicidabsichten. Befund: körperlich: schlankwüchsig; niedrige Blutdruckamplitude, Tachycardie, geringe Struma, Fluor. Psychisch: voll orientiert, sehr stimmungslabil, verzweifelt, demonstrativ (man soll sich mit ihr abgeben) vitale Hemmung, hypochondrische Ideen (beeinflußt durch Kälte und desinteressierte Haltung des Ehemannes).

Verlauf: Durch EKB Besserung innerhalb eines Monats. Seit nunmehr 13 Jahren ist die Patientin völlig gesund. Bei ihrer 4. Geburt im Jahre 1959 trat kein Rezidiv auf.

Lediglich bei vier Patientinnen fanden sich keine besonderen Wochenbettkomplikationen. Alle anderen zeigten eine "organische" Symptomatologie, jedoch nie eine so dramatische wie die Patientinnen des schizophrenen Typs. Auffallend ist, daß hier im Vordergrund die Blutung und als Folge die Anämie und der Blutdruckabfall stehen, während man höheres Fieber nur in einem Fall sah. Dagegen ist die BKS in mehreren Fällen erhöht, jedoch erklärlich, wie z.B. durch eine Venenentzündung, Hydrosalpinx, Ovarialcyste nur selten. (Die Patientinnen wurden fast alle gynäkologisch untersucht, meist auch internistisch).

Die psychischen Veränderungen traten oft im Anschluß an postpartale Blutungen auf, nie unmittelbar nach der Geburt. Es hat den Anschein, als komme diesem Blutverlust - auch bei den anderen Arten der Wochenbettpsychosen - eine besondere Bedeutung zu. Die Hb-Werte lagen meist zwischen 60 und 70%, vereinzelt sogar unter 50%.

Man könnte sich vorstellen, daß das Gehirn als sauerstoffmanglempfindlichstes Organ als Folge dieser Hypoxämie mit einer erhöhten Reaktionsbereitschaft für psychotisches Geschehen antwortet.

Oft wird auch angegeben, daß sich die Frauen unmittelbar nach dem Abstillen, nach deriedereinsetzenden Periode oder nach einer Grippeinfektion veränderten.

Einige Patientinnen zeigten eindeutig eine vegetative Stigmatisierung, welche in zwei Fällen mit einer leichten Hyperthyreose kombiniert war.

Eine gewisse Rolle spielt sicher auch die psychoreaktive Komponente, sei es, daß die Geburt an sich durch eine falsche Einstellung zum psychischen Stress wird, sei es, daß die häusliche Situation sich ungünstig auswirkt, z.B. durch eine Unterdrückung durch die Schwiegermutter, gegen die der Gatte nicht auftreten kann, oder daß der Ehemann einen schlechten Ersatz für den früheren Geliebten darstellt. Konfliktsituationen, die durch außer- bzw. voreheliche Geschlechtsbeziehungen, durch Abtreibungsversuche u.ä. entstanden sind, lassen sich häufiger finden.

In einem Fall könnte man auch die Möglichkeit einer Entlastungsdepression diskutieren, die auftrat, nachdem eine beschwerdereiche Schwangerschaft glücklich zu Ende war und die Mutter, statt sich befreit über das gesunde, heiß ersehnte Kind zu freuen, depressiv wurde.

Die Depression beginnt in der Mehrzahl mit einem allgemeinen Insuffizienzgefühl und unbegründeten Befürchtungen. Die Patientinnen fühlen sich der neuen Situation nicht gewachsen. Sie fürchten, Kind und Haushalt nicht richtig versorgen zu können. Sie glauben, alles falsch zu machen, das Kind nicht reinigen, kleiden und ernähren zu können. Die Milch reiche nicht aus, und das Kind würde bestimmt niemals groß.

Bei einer kleineren Zahl beginnt die Erkrankung mit körperlichen Beschwerden, wie Kopfschmerzen, Herz-, Magenbeschwerden, Appetit- und Schlafstörungen.

Leiten diese Symptome die Depression nicht ein, so treten sie doch in allen Fällen im Verlauf der Erkrankung mehr oder weniger heftig auf.

Wie bei dem schizophrenen Typ steht auch hier die Angst im Vordergrund. In den meisten Fällen ist sie aus der Situation der Kranken ableitbar, etwa weil man fürchtet, etwas falsch zu machen, das Kind fallen zu lassen oder es gar absichtlich zu töten. Gerade unter dieser zwanghaften Vorstellung, man könne das eigene Kind töten, leiden mehrere Patientinnen.

Das Bewußtsein bei der Klinikaufnahme ist meist klar, die örtliche, zeitliche, persönliche Orientierung in der Regel erhalten. Mimik und Gestik

sind sparsam, bei einem Drittel der Fälle jedoch trotz tiefer Depression lebhaft und von einer hektischen Unruhe gekennzeichnet. Sinnestäuschungen fehlen. Fast alle Frauen machen sich schwere Selbstvorwürfe, weil sie das Kind und den Haushalt so schlecht bzw. gar nicht versorgen. Daraus resultiert dann ein Schuldgefühl, das noch verstärkt wird durch die Erkenntnis, daß man Kind und Ehemann gar nicht mehr richtig zu lieben vermag. Die Patientinnen sind verzweifelt über ihr Versagen, sie halten sich ihres Mannes und Kindes unwürdig, ihr Leben ist sinnlos geworden, und so reagieren 2/3 der Frauen mit Suicidgedanken. Zum Selbstmordversuch kommt es bei zweien.

Die meisten Patientinnen sind krankheitseinsichtig und suchen den Kontakt mit dem Arzt, weil sie im Innersten doch an eine Genesung glauben. Die Stimmungslage ist sehr labil, tendiert jedoch zum Weinerlichen, Depressiven. Tagesschwankungen finden sich bei einem Teil der Fälle.

Außer den objektivierbaren Wochenbettkomplikationen finden sich - wie schon erwähnt - bei allen Patientinnen Vitalstörungen wie Schlaf-, Appetit-, Laktationsstörungen, Kopfschmerzen, Herz-, Kreislauf-, Magenbeschwerden.

Dagegen fehlt auffallenderweise die Lokalisation der Traurigkeit in bestimmte Organe oder Körperteile.

Ebenfalls wichtig für die Abgrenzung gegenüber endogenen Depressionen ist die Tatsache, daß alle psychotischen Inhalte die Situation des Wochenbettes und die sich daraus ergebenden Pflichten betreffen. Der Verarmungs- und Versündigungswahn fehlt vollkommen.

8 unserer Patientinnen erkrankten das erste Mal als Primiparae, 6 nach der zweiten und 2 nach der dritten Geburt. Gerade bei den depressiven Psychosen trat eine Vielzahl von Rückfällen auf, die meist durch eine zu frühe Entlassung uneinsichtiger Patientinnen bedingt waren. Oft verschlechterten sich gleichzeitig damit auch wieder die Laborbefunde.

Recidive traten bei 5 der Erkrankten, also bei etwa 1/3 der Fälle auf. Drei Patientinnen erkrankten im nächsten Wochenbett, zwei im übernächsten. Nur einmal erkrankte eine Frau dreimal. Die Symptomatologie des Recidivs war im großen Ganzen die gleiche wie die der Ersterkrankung, jedoch fehlte in zwei Fällen die somatische Komplikation. Außerhalb des Wochenbettes wurden keine psychiatrischen Erkrankungen festgestellt.

Tabelle 3: Gruppe IB 2

Nr.

3	1	2	3	4	
5	1				
15	1	2			
18	A	1			
21	1	2	3		
22	1				
27	1	2			
32	1				
20	1	2	3		
35	1				
46	1	2	3		
40	1	A	2	3	
62	A	1			
63	1				
64	1	2	3	4	
49	1	2	3	4	5

3. Manische Zustandsbilder

Besonders in früheren Arbeiten nimmt die "Wochenbettsmanie" unter der Gesamtheit der Wochenbettpsychosen einen wichtigen Platz ein. Seit Fürstner, der neben sein wochenbettspezifisches "halluzinatorisches Irresein" die Manie und die Melancholie im Wochenbett stellte, ordneten immer wieder Autoren einen Teil ihrer Fälle den "Wochenbettsmanien" zu. Wahrscheinlich wurden mit dieser Diagnose manche Krankheitsbilder belegt, die wir heute als delirante, amentielle Zustandsbilder auffassen, denn eine regelrechte Manie im Wochenbett ist außerordentlich selten. Von unseren Patientinnen zeigten lediglich zwei ein manisches Verhalten. Ob es sich bei diesen nun aber wirklich um eine maniforme Ausprägung einer körperlich begründbaren Psychose oder etwa doch um eine durch das Wochenbett ausgelöste endogene Manie handelte, vermögen wir nicht mit Sicherheit zu sagen.

Eine Patientin sei kurz vorgestellt:

Th.A. (36) 30 J.

F.A. Ø

E.A. Heirat vor 5 Jahren, gute Ehe, tüchtige Hausfrau, früher Stenotypistin.

1. Geburt: Komplikationslos, 14 Tage post partum zunehmender Rededrang, gereizte Stimmung, wirkte wie aufgedreht, weinte auch gelegentlich; umtriebig, vernachlässigte Essen, schlief schlecht, war auch durch Luminal nicht zu beruhigen.

Äußerte, das Kind müsse "umgetauft" und die Ehe vom Papst "umgetraut" werden (Mischehe).

Leptosomer Habitus.

Maniform erregt, Logorrhoe, Stimmung krakeelig gereizt, schimpft bei Widerspruch, lenkt jedoch auf gütigen Zuspruch hin ein, entschuldigt sich gelegentlich für ihre Heftigkeit, erzählt außerordentlich weitschweifig, ist ideenflüchtig, leicht ablenkbar, spricht schnell, sehr lebhaft Mimik und Gestik, ist vom vielen Sprechen heiser.

Distanzlos, entblößt sich, starke motorische Unruhe, muß fixiert werden; sie sei nicht krank; hat "166 Wünsche".

Therapie: Megaphen.

BSG 16/37.

Einige Wochen später: sieht in den braunen Stellen auf den weißen Nelken ein "Zeichen", das bedeutet, daß es ihrem Kinde schlecht gehe.

Nach 5 Wochen symptomlos entlassen.

In beiden Fällen fanden sich außer subfebrilen Temperaturen und leichten Senkungsbeschleunigungen keine besonderen Komplikationen bei der Geburt oder im Wochenbett.

Während sich die eine Patientin vorwiegend in einer gehobenen Stimmungslage befand, zeigte die andere mehr eine gereizte, zornige. Neben einer vollständig erhaltenen Orientierung bestand ein ideenflüchtiges, unklares Denken. Beide Patientinnen waren leicht ablenkbar, redeten viel und weitschweifig. Der Beschäftigungsdrang steigerte sich bis zur tobsüchtigen Zerstörung von Gegenständen, die Redseligkeit bis zur Logorrhoe. Bei der oben angeführten Patientin wird die Diagnose gegenüber einer Schizophrenie durch ein während der Behandlung aufgetretenes flüchtiges Bedeutungserlebnis kaum in Frage gestellt.

Die beiden Frauen erkrankten am 9. bzw. 14. Tag post partum und konnten bereits nach einem guten Monat wieder aus der Klinik entlassen werden.

In einem Fall trat die Psychose nach der ersten, im anderen nach der neunten Geburt auf. Recidive wurden nicht festgestellt. Obwohl beide Patientinnen bislang (11 bzw. 7 Jahre) nicht wieder erkrankten, ordnen wir diese zwei Fälle nur mit Vorbehalten den körperlich begründbaren Psychosen zu. Erstens

fehlt eine gröbere organische Symptomatologie, zweitens war zu erfahren, daß der Bruder einer Patientin sich erhängt hatte und an einer Manie gelitten haben soll. Diese Tatsachen sprächen nun mehr für eine endogene Erkrankung, jedoch sind sich die meisten Autoren darin einig, daß eine somatogene oder psychogene Auslösung einer Manie höchst selten, wenn nicht unmöglich ist. Weitbrecht ist in seiner Arbeit über endogene phasische Psychosen (1961) der Meinung, daß bis jetzt noch nie eine dieser Art ausgelöste Manie überzeugend beschrieben wurde.

Tabelle 4: Gruppe IB 3

Nr.

36	1									
16	1	2	3	4	5	6	7	8	9	

II. AUSGELÖSTE ENDOGENE PSYCHOSEN

Wir vermuten, daß auch den endogenen Psychosen ein körperliches Substrat zugrunde liegt, und wir wissen, daß endogene Psychosen durch somatische Vorgänge ausgelöst und geheilt bzw. gebessert werden. Als Beispiel für die Auslösung diene uns das Wochenbett, das somatisch komplizierte, sowie das komplikationslose, als Beispiel für die therapeutische Beeinflußbarkeit, die Heilkrampfbehandlung.

In fast allen unseren 30 Fällen ist die Diagnose einer endogenen Psychose durch mindestens ein Recidiv außerhalb des Wochenbettes, bei den Schizophrenien außerdem durch den Defekt gesichert. Die meisten Patientinnen zeigten bereits bei der Erkrankung im Wochenbett die typische endogene Symptomatologie, einige wurden jedoch zunächst als symptomatische o.ä. Wochenbettpsychosen diagnostiziert.

Drei Patientinnen waren bereits vorher erkrankt und zeigten erst in einem Wochenbett eine Exarcerbation bzw. ein Manifestwerden der Psychose. In 5 Fällen wurde die Psychose des Wochenbettes nur anamnestisch erfaßt, da wir die Patientinnen erst während eines Recidivs in Behandlung bekamen.

1. Schizophrenien (12 Fälle)

Wenn auch die genuine Schizophrenie in ihrem akuten Stadium einer symptomatischen Psychose schizophrenen Gepräges sehr ähnlich sein kann (Leonhard), so ist doch - selbst im Hinblick auf eine eventuelle Auffindung einer körperlichen Grundlage der endogenen Psychosen - eine scharfe Grenze zwischen beiden Psychoseformen zu ziehen.

Jedoch ist es ohne Zweifel möglich, daß eine normalerweise schicksalhaft ohne irgendwelche sichtbaren Ursachen ausbrechende Schizophrenie auch einmal durch eine exogene Noxe - wie in unserem Fall das Wochenbett - ausgelöst wird. Eingeräumt werden muß natürlich die Möglichkeit eines zufälligen Zusammentreffens zwischen Puerperium und Psychosebeginn, besonders da das Prädilektionsalter der ersten Schizophrenieerkrankung mit der geburtenreichsten Zeit etwa übereinstimmt.

Wie hoch die Bedeutung des Wochenbettes für die Auslösung der Schizophrenie zu veranschlagen ist, läßt sich nicht klären. Die schizophrene Veranlagung dürfte jedoch das Entscheidende sein, und man hat Grund anzunehmen, daß die Erkrankung, hätte die Geburt nicht stattgefunden, später sowieso ausge-

brochen wäre. Weitbrecht ist der Meinung, daß die auslösenden körperlichen oder seelischen Faktoren (die "Peristase") eine um so größere Bedeutung gewinnen, je geringer die Durchschlagskraft der endogenen Erkrankungsbereitschaft ist.

Die Dauer der schizophrenen Erkrankungen betrug im Durchschnitt 4,1 Monate, war also länger als die der symptomatischen Psychosen. Es ergab sich ein Durchschnittsalter von 27,5 Jahren.

R.J. (1) 27 J.

F.A. Ø

Prämorbid: aufgeschlossen, mitteilksam.

1. Geburt (1944): Kind starb nach 3 Wochen, unehelich, jedoch vom jetzigen Mann (Franzose). Leichter Schub einer Schizophrenie. Die Gedanken oder mehr die Gefühle haben sie geplagt. Leichter Defekt (keine Behandlung). Auf der Hochzeitsreise im Februar 1948 Suicidversuch. Im Anschluß an Angina (Herbst 1948): Angstgefühl, Putzsucht, Vergiftungsangst.

2. Geburt (1949): komplikationslos. Sofort nach der Geburt "ging Stimmung steil bergab". Sie sei eine Sünderin, weil sie während des Krieges in einer Munitionsfabrik gearbeitet habe. Sie müsse durch Ultraschall sterben. Ihre Gedanken können gelesen werden, sie habe ganz furchtbare Gedanken, sie leide Qualen. Es sei etwas mit ihr geschehen, betet viel, ißt kaum. Sie gibt an, im Ruf der Vögel, den Namen ihres Gatten zu hören. In einem Buch sei über sie geschrieben.

Th.: EKB (insgesamt 12), Insulin.

Daraufhin aufgeschlossen, schöpft Hoffnung, daß ihr die "schlimmen Gedanken" vergeben würden, lächelt wieder, vernachlässigt jedoch ihr Äußeres. Leer, oberflächlich, läppisch, dann wieder tiefsinnige Fragen über den Sinn des Lebens. Selbstvorwürfe stehen im Vordergrund.

Entlassung gegen Revers, uneinsichtig, läppisch, verschroben. Denken stark gestört.

2 Monate später: erneute Aufnahme, starker schizophrener Defekt, Überweisung in eine Heil- und Pflegeanstalt. Anstaltsaufenthalte: Nov./Dez. 1952, März/Apr. 1953, Juni/Juli 1953. Zwischen den einzelnen Schüben ist nach Angabe der Angehörigen eine gute Remission eingetreten.

4. Geburt (Februar 1954): wieder erregt, verbrennt Bücher, zerschlägt Porzellan, hört überall Stimmen ("im Kopf, im ganzen Körper, in der Matratze, überall babbelt es"). Wirft auf Spaziergang Mantel und Schuhe weg, kommt barfuß nach Hause und erklärt, die Stimmen haben ihr das befohlen;

öfters Tätlichkeiten gegen die Mutter, weint nach Erregungszuständen: "Bin ich denn verrückt? Ich habe mich so verändert." Stereotype Sätze, kein sachlicher Kontakt möglich. Geringgradige Schilddrüsenvergrößerung.

Th.: Megaphen.

Sitzt antriebslos herum, kein Schamgefühl; leerer, unbeteiligter Gesichtsausdruck.

Schizophrener Defektzustand, Sterilisation in der Frauenklinik.

1956 und 1957 mehrere Aufenthalte in Heil- und Pflegeanstalt. Seit 1957 Stillstand des Krankheitsverlaufs. Patientin wohnt mit ihren Kindern bei ihrer Schwester, die ihre Entwicklung seit 1957 als "recht erstaunlich und erfreulich" bezeichnet. Die Patientin nimmt am Familienleben Anteil, kann ohne Bedenken mit Aufgaben im Haushalt betraut werden, beteiligte sich an mehreren Auslandsreisen.

Täglich 3 Tabletten Megaphen compositum. In letzter Zeit 25 kg Gewichtszunahme.

S.A. (7) 22 J.

F.A. Ø

Klein, zierlich; gute Ehe, fröhlicher Mensch, Büroangestellte.

1. und 2. Geburt normal.

3. Geburt: Schwangerschaft und Geburt komplikationslos, hörte 10 Tage post partum aufzu stillen, da Kind nach dem Stillen immer noch schrie.

Sie habe Kinder verhungern lassen und habe sie krank gemacht. Besorgt Haushalt nicht mehr, kümmert sich nicht um Mann und Kinder. Appetit- und Schlafstörung. Sie dürfe nicht mehr auf die Toilette gehen. In der Wohnung sei etwas los, mit dem Gas und dem Wasserhahn. Vor dem Fenster stünde jemand, der sie beobachtet. Alle Leute würden sie anschauen. Sie habe eine große Schuld, sie dürfe nicht mehr essen. Sie sei an der Typhusepidemie schuld.

Vitale Hemmung, muß gefüttert werden, liegt unbeweglich im Bett. Gequälter, ängstlicher Gesichtsausdruck.

Th.: EKB (insgesamt 12).

Sie habe Leute durch ihre Exkremente krank gemacht, weil sie geschlechtskrank sei. Sie gehöre ins Gefängnis. Der Arzt sei als Frau verkleidet, sei vom Gericht, wolle sie aushören. Ihre Eltern seien nicht ihre richtigen, sie seien auch vom Gericht. Glaubt sich dann im Gefängnis.

Diagnose: Depressive Wochenbettpsychose.

Nach 6 Wochen zugewandt, freundlich, alte Behauptungen seien Täuschung gewesen. 2 1/2 Monate nach Krankheitsbeginn aufgeschlossen, zugänglich, kontaktbereit entlassen.

2. Aufnahme 2 Jahre später:

Habe nach der Entlassung zunächst ruhig gelebt. Nach einem 3/4 Jahr sei sie umtriebig geworden. Unternahm Reise nach Hamburg, wohnte dort bei Prostituierten, wurde mehrmals von der Polizei aufgegriffen. Ehescheidung, Wessensveränderung. Perioden der Unruhe.

Bewußtseinsklar, allseitig orientiert, vernachlässigt Äußeres, kokettes Verhalten, flirtet mit allen Männern, starke Triebhaftigkeit, Stimmung ausgeglichen, heiter: bagatellisiert, lügt, ihre Schwester erwarte ein Kind von ihrem geschiedenen Mann, sie arbeite an drei Stellen gleichzeitig, jetzt sei sie von einem reichen Fabrikbesitzer schwanger. Unterdurchschnittliche Intelligenz. Megaphenkur.

Gewichtszunahme, flach euphorisch, ohne jede Beziehung zu ihren Kindern und Eltern. Gemüt verödet.

Diagnose: Defektschizophrenie.

In den folgenden Jahren mehrere Klinikaufenthalte, führt sonst Vagabundenleben.

Zunächst sei darauf hingewiesen, daß fast bei der Hälfte der Patientinnen, nämlich bei 5 von 12, die Erkrankung nicht nach einer Geburt, sondern nach einem Abort auftrat.

In keinem unserer Fälle konnte eine ernste Geburts- oder Wochenbettkomplikation nachgewiesen werden. Nach den Fehlgeburten wurde wohl meist eine Abrasio durchgeführt, jedoch kam es nie zu Infektionen oder dergleichen.

Einmal wurde eine Bluttransfusion durchgeführt.

Eine hereditäre Belastung wurde nur von 2 Patientinnen angegeben. Das besagt natürlich nicht viel, da eine Krankheit mit rezessiv gebundener Erbllichkeit Generationen überspringen kann.

Konstitutionell herrscht der leptosome Habitus etwas vor.

Drei Patientinnen wurden sofort nach der Geburt auffällig, die anderen bis zu 3 Wochen post partum. Zunächst wurden die Frauen nervös, ängstlich, redeten wirr, verkannten ihre Umgebung, glaubten sich verfolgt und vergiftet. In ihrer erregten Unruhe verließen einige die Entbindungsstation oder ihr Zuhause. Andere dagegen zeigten nichts von diesem etwas amentuell anmutenden Verhalten, sondern berichteten z.B. nur geheimnisvoll, "das Gehör sei an sie gekommen".

Das Vollbild der akuten Schizophrenie bietet sich dar:

Sinnestäuschungen wie, der Mann und die Mutter existierten doppelt, der Mann werde im Zimmer von einem Licht angezogen und gefesselt, die Leute haben keine Verbindung mehr zum Boden, sie würden vom Straßenrand abgezogen und in der Luft herumgewirbelt, "Stimmen kommen durch Fäden und Strahlen", körperliche Beeinflussungserlebnisse wie "ich bin an den Teufel angeklebt" werden vorgebracht. In Wahrnehmungen nimmt die Umwelt einen bedrohlichen Charakter an. Die Ich-Umweltschranke ist durchbrochen. ("Ich bin laufend von meinen Angehörigen besessen. Deshalb verändere ich auch dauernd meine Stimme").

Charakteristisch ist das Unberührtsein der psychotischen Inhalte von der Situation des Wochenbettes. Im Gegensatz zu den schizophrenen Bildern der ersten Gruppe ist hier vom Kind fast nie die Rede.

Alle Frauen verfügten über ein klares Bewußtsein; zeitliche und örtliche Orientierung waren mit einer Ausnahme erhalten. Eine anfängliche Verwirrtheit bei einigen Patientinnen störte die Diagnose nicht.

In 10 Fällen trat die Erkrankung zum ersten Mal nach einer Geburt bzw. Fehlgeburt auf. Lediglich eine Patientin hatte sich bereits 5 Jahre zuvor erstmals auffällig verändert, indem sie sich von Arbeitskameradinnen verfolgt fühlte und gegen die Mutter tätlich wurde.

Die Ersterkrankung traf 3 Frauen nach der ersten, eine nach der zweiten, zwei nach der dritten und fünf nach Fehlgeburten. Drei der Aborte beendeten die erste, zwei die dritte Schwangerschaft.

Recidive außerhalb des Wochenbettes stellten sich in allen Fällen ein. Fünf Patientinnen machten nach ihrer Ersterkrankung keine weiteren Schwangerschaften mehr durch. Diese Frauen erlitten Recidive nach 1/2 bis 8 Jahren, und das weitere Schicksal war das einer genuinen Schizophrenie. In einem Fall wurde von den Angehörigen angegeben, daß die Wiedererkrankung durch Heimweh nach dem Besuch des Bruders aus der alten Heimat ausgelöst wurde.

Die 6 anderen Patientinnen wurden nochmals gravide. Fünf Frauen trugen die Schwangerschaft bis zu einem lebensfähigen Kind aus. Von diesen wurden zwei im Wochenbett und eine schon während der Gravidität akut psychotisch. In den restlichen beiden Fällen trat keine Verschlechterung ein.

Eine Patientin erlitt Recidive nach einer schweren Angina, während einer Gravidität und nach zwei späteren Geburten, mußte jedoch auch dreimal zwischen der 3. und 4. Geburt und zweimal nach der letzten Geburt in die Klinik aufgenommen werden.

Eine andere Patientin machte nach der psychoseauslösenden Fehlgeburt noch zwei weitere Aborte durch, ohne erneut psychotisch zu werden, erkrankte jedoch 6 Jahre später beim Tod ihrer Schwester an einer akuten Schizophrenie.

Ein typischer schizophrener Defektzustand wurde bei 4 Patientinnen bereits nach der Ersterkrankung festgestellt; in den übrigen Fällen bei der 2. Klinikaufnahme. Die Diagnose ist natürlich retrospektiv, nachdem ein schizophrener Defekt und bereits Recidive vorliegen, leicht zu stellen. In unseren Fällen lagen nun auch keine Geburts- und Wochenbettkomplikationen vor, welche ja auch einmal zusätzlich vorhanden sein und ein Bild hervorrufen können, das von körperlich begründbaren Psychosen nicht zu unterscheiden ist.

Natürlich sieht aber auch eine genuine Schizophrenie in ihrem akuten Stadium bisweilen "exogen" aus und kann so zu einer falschen Einordnung führen.

Tabelle 5: Gruppe II 1

Nr.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1	↓ (Angina)	2 (Grav.)	3	↓	↓	↓	4	↓	↓
7	1	2	3	↓	4 (Grav.)					
14	1	2	3	A	4	↓	↓			
25	A	↓+	↓						+ Heimweh	
30	A	1	↓							
34	A	A	A	↓+					+ Tod der Schwester	
37	1	2	3	↓	↓					
42	A	1	A	2	↓	↓				
51	1	↓								
52	1	2	A	↓	↓	↓				
55	1	↓	↓							
48	1	A	↓	↓	2	↓	↓	↓		

2. Endogene Depressionen (16 Fälle)

Wir hatten eingangs erwähnt, daß wir die normale Geburt und das komplikationslose Wochenbett nicht als exogene Noxe betrachten, die imstande wäre, eine sogenannte körperlich begründbare Psychose in Gang zu setzen. Um dagegen endogene Psychosen zu provozieren, genügen offenbar die in jedem Wochenbett stattfindenden Hormon- bzw. Stoffwechselumstellungen, denn

lediglich in einem von unseren 16 Fällen (bei den Schizophrenien in keinem Fall) fand sich ein somatisch kompliziertes Wochenbett. Die Anlage einer endogenen Krankheitsbereitschaft ist also ohne Zweifel vorhanden. Das Wesen der "Dekomensation" sieht Petrilowitsch nach Walter "sowohl als eine Freilegung der Anlage zur Cyklothymie als auch als eine befristete Aktivierung der endogenen Dynamik" an.

Wie weit die Geburt als "psychische Noxe" erlebt wurde, ist schwer zu sagen. In drei Fällen ging eine Fehlgeburt, in einem die Geburt eines unehelichen Kindes voraus. Eine Patientin stand der Schwangerschaft von vornherein ablehnend gegenüber und drängte auf eine Interruptio. Eine weitere Patientin befand sich im Streit mit der Schwiegermutter. Kurt Schneider gibt die Möglichkeit der Auslösung zyklotimer Depressionen durch akute seelische Erschütterungen zu, ist jedoch der Ansicht, daß das auslösende Erlebnis "nicht als Erlebnis, sondern als vitale Kraft", d.h. durch seine Wirkung auf das Leibliche wirkt. Hormonale und psychische Vorgänge können jedoch immer nur Auslösungscharakter haben, als eigentliche Ursache sind sie nicht anzusehen.

B.M. (24) 28 J.

F.A. Ø

E.A.: Volksschule, Fabrikarbeiterin, Menarche mit 21 Jahren (nach Operation), Menses unregelmäßig, schmerzhaft.

Überempfindlich, nervös. Mesomorpher Habitus, asthenische Persönlichkeit. Heirat 1952, Schilddrüsenerkrankung.

1954 Fehlgeburt (Mens II).

1. Geburt (1955): Starke Beschwerden in der Schwangerschaft, Hyperemesis, schwere Geburt, Episiotomie, Kind gesund, Wochenbett zunächst normal, gestillt (abgepumpt), dann nach ca. 2 Monaten Brustdrüsenentzündung.

Patientin konnte Haushalt nicht mehr versorgen, niedergeschlagen; konnte keinen Gedanken mehr fassen, Angst vor der Einsamkeit. Besserung während Besuch bei der Mutter.

Verzweifelt, weint, grübelt viel, sei traurig, wisse aber nicht warum; Suicidgedanken; interesselos gegenüber dem Kind. Abends besser; Stimmungswechsel auch von Tag zu Tag. Während der Menses auffallende Besserung. In letzter Zeit Schilddrüsenanschwellung.

Affektive Leere, Interesselosigkeit, Traurigkeit, Tagesschwankung, Suicidideen. Krankheitseinsicht, durchschnittliche Intelligenz, Gedächtnis und Merkfähigkeit nicht gestört.

Megaphenkur.

Nach einer hypomanischen Nachschwankung, während der sich die Patientin stimmungsmäßig "über dem Eichstrich" befindet, bester Laune und glücklich "wie nie zuvor in ihrem Leben" ist, wird sie einen Monat nach der Klinikaufnahme in ausgeglichenem Zustand entlassen.

2. Klinikaufnahme ein halbes Jahr später:

Patientin hatte sich zu Hause zunächst wohl gefühlt (zwei Megaphen täglich). Seit einem Monat wieder traurig, weint, keine Lebensfreude, vernachlässigt Haushalt und Kind. Bleibt am liebsten im Bett. Globusgefühl im Hals, Suicidgedanken. Traurige Verstimmung, kaum Kontakt zur Umgebung, schleppe Bewegungen, typische Tagesschwankungen, keine Verarmungs-, Verständigungs-ideen, keine Zwangsgedanken.

Sehr starke Bindung an die Mutter. Das eigene Kind wird wenig erwähnt.

BSG 25/40.

Besserung durch Megaphenbehandlung und EKB (9) im Verlauf von 2 Monaten.

Katamnestic wurde 7 Jahre später eine weitere depressive Phase von 3 Monaten Dauer erfaßt.

K.L. (53) 34 J.

F.A. Ø

E.A.: Mit 22 Jahren (1946) "Nervenzusammenbruch", Schuldgefühle, Beziehungsideen. Klinikbehandlung (Cardiazolschock), vollkommene Remission. Prämorbid: ausgeglichen, arbeitsam.

1947: Heirat.

1. Geburt (1949): Kurz vor der Geburt des ersten Kindes gleichgültig, versteinert, zu nichts mehr Lust. Selbstmordversuch (Pulsadern durchschnitten). Klinikeinweisung. Nach wenigen Elektrokrämpfen vollkommene Wiederherstellung. - Das Kind starb nach 4 Monaten.

2. und 3. Geburt: Schwangerschaft und Geburt normal.

4. Geburt (1955): Ein Tag nach der Geburt plötzlich "Zusammenbruch", glaubte, nicht für das Kind und die Familie sorgen zu können. Verzweifelt, traurig, versteinert, Selbstmordversuch (Essigsäure getrunken), dem Kind gegenüber gleichgültig.

Megaphenbehandlung in der Klinik.

Mehrere Rückfälle kurz vor der Entlassung. Dann vollkommene Wiederherstellung, sehr schwungvoll, heiter, lustig, arbeitet von früh (4 Uhr) bis spät, eröffnete Textilgeschäft, mußte von Ehemann oft in ihrem Schwung gebremst werden.

1958: Erkrankung des 2. Kindes (Blinddarm). Patientin erregte sich sehr,

wurde verstimmt, traurig, ließ sich hängen, ging nicht mehr unter die Leute, versorgte Haushalt nicht. Die Krankheit sei jedoch erst nach der letzten Periode richtig ausgebrochen. Selbstvorwürfe (sie sei faul und träge), depressive Verstimmung. Sie könne nicht mehr weinen, sie fühle sich wie ausgelaufen, Tagesschwankungen.

Im weiteren Verlauf wechseln Tage, an denen sich die Patientin fast manisch zeigt (lebhaft, lacht, tanzt, rege Teilnahme an der Umgebung) mit solchen der Initiativlosigkeit und Traurigkeit.

Körperbaulich überwiegt die Pyknika etwas. Eine familiäre Belastung konnte nur in 3 Fällen festgestellt werden. Die Erkrankung begann meist innerhalb der ersten 8 Tage nach der Geburt, in einem Fall erst nach 7 Wochen. Zwei Patientinnen waren bereits vor der Geburt traurig verstimmt, psychotische Ausmaße nahm die Depression jedoch erst nach der Geburt an.

Die oft prämorbid ängstlichen, nervösen Frauen wurden zunächst traurig verstimmt, weinten, saßen tatenlos herum und versorgten ihr Kind nicht. Bemerkenswert ist, daß bei vielen Frauen der Beginn der Erkrankung mit der Entlassung aus der Frauenklinik zusammenfällt, einem Zeitpunkt also, wo sich die Mutter eigentlich zum ersten Mal den neuen Pflichten unmittelbar gegenüberübersieht. So haben auch manche Frauen eine große Angst vor der Pflege des Kindes; eine Patientin lief regelmäßig davon, wenn das Kind schrie und gefüttert werden mußte.

Außer bei 3 Patientinnen, die lediglich über Schlaf- bzw. Appetitstörungen klagten, ist die Vitalsphäre stark mitbetroffen. Die meisten Frauen fühlen sich schlaff und kraftlos, leiden unter Herz-, Atem- und Darmbeschwerden. Zwei Patientinnen lokalisieren das Schweregefühl, die Schwermut, in eine bestimmte Körpergegend. Das körperliche Darniederliegen ist natürlich zum Teil durch die Nachgeburtsperiode bedingt, die von einer Depressiven verständlicherweise schwerer überwunden wird.

Oft klagten sich die Frauen in harten Selbstvorwürfen an und tragen sich mit Suicidgedanken. Bisweilen steigert sich die Selbstanklage bis zu schweren Schuldgefühlen. Auch Zwangsgedanken kommen auf, z.B. daß man fürchtet, dem Kind etwas anzutun.

Hemmung des Gedankenablaufs, Antriebsarmut, affektive Verarmung, Tagesschwankungen finden sich bei fast allen Frauen. Das Bewußtsein ist klar, die Orientierung allseitig vorhanden.

Es ist verständlich, daß hier diagnostische Schwierigkeiten auftreten. Im Gegensatz zur Schizophrenie haben wir bei den endogenen Depressionen im Intervall eine volle Heilung. Dann fehlt gerade bei den depressiven Bildern der körperlich begründbaren Psychosen eine eindeutige exogene Symptomatologie wie Bewußtseinsstrübung usw. Handelte es sich um eine ausgelöste endogene Erkrankung, so kann also eine Recidivierung noch nach Jahren völliger Gesundheit erfolgen.

Das körperlich komplizierte Wochenbett der vorne beschriebenen Depressionen kann ein Anhalt für die Einmaligkeit der Erkrankung sein, darf aber nicht zur Regel gemacht werden.

12 unserer 16 Patientinnen dieser Gruppe machten die erste Phase ihrer Erkrankung nach einer Geburt durch. Die 4 restlichen erkrankten bereits vorher außerhalb eines Wochenbettes. Zwei dieser Patientinnen bezeichneten ihre Erst-erkrankung als "Nervenzusammenbruch", im Verlaufe dessen jedoch Angst- und Schuldgefühle kombiniert mit Körperbeschwerden auftraten, von denen sie sich aber bald wieder erholten. In einem Fall schloß sich die Ersterkrankung an eine schwere Angina an.

Neun Frauen erlitten ihren ersten Krankheitsschub nach der ersten, zwei nach der zweiten, eine nach der vierten Geburt.

Recidive im nächsten Wochenbett zeigten vier Patientinnen, in einem späteren eine Patientin. Mit Ausnahme einer hatten jedoch alle Frauen mindestens eine Phase außerhalb des Wochenbettes.

Charakteristisch ist, daß die Recidive oft von exogenen Ursachen ausgelöst werden. Als in erster Linie psychische Noxen fanden wir dreimal Todesfälle nächster Angehöriger, dann einen Autounfall, einen Umzug, die Heirat, nach welchen die Recidive auftraten.

Bei zwei Patientinnen jedoch trat die Wiedererkrankung ausschließlich nach einer organischen Erkrankung auf. Es handelte sich um eine Angina und eine Gallenkolik. In diesen zwei Fällen zeigte sich sowohl in der Psychose des Wochenbettes als auch in dem Recidiv eine depressive Symptomatik. Beide Patientinnen wurden auch während der monatlichen Periode unruhig und "depressiv". Es liegt nahe, den Kleist'schen Begriff der "symptomatischen Labilität" gerade auf diese zwei Patientinnen zu übertragen. Jedoch zeigten die Frauen so sehr das Bild einer endogenen Depression, daß wir uns nicht entschließen konnten, sie als "labil", d.h. anfällig für symptomatische Psychosen zu bezeichnen.

Prämorbid werden die Frauen als sensibel, schwernehmend, leicht verletzbar geschildert. In zwei Fällen bestand eine erbliche Belastung.

Tabelle 6: Gruppe II 2

Nr.

4	NZ ⁺	1	2	3	↓					+ "Nervenzusammenbruch"
17	1	↓	↓	↓						
19	↓ ⁺	1	2	↓	3					+ nach Angina
24	A	1	↓	↓						
26	1	A	↓	2	3					
39	1	2	↓	Abrasio	↓	↓				
43	1	↓	2							
44	1	2	↓							
45	A	1	↓							
53	↓	1	2	3	4	↓				
59	1	2								
28	1	↓ ⁺	↓ ⁺⁺	↓	↓					+ nach Tod der Mutter
										++ nach Autounfall
29	1	2	↓ ⁺	↓ ⁺⁺						+ nach Tod des Vaters
										++ nach Heirat
6	1	2	3	4	5	6	↓ ⁺	↓ ⁺⁺		+ nach Unfalltod des Mannes und Sohnes
										++ nach der Feststellung einer Geschwulst
13	1	2	(Grav.)			↓	(Angina)			
50	1	2	3	4	↓		(Gallenkolik)			

3. Atypische Psychosen

Zwei unserer Patientinnen, bei welchen die erste psychotische Erkrankung in einem Wochenbett begann und deren weiterer Krankheitsverlauf der einer endogenen Psychose war, müssen den atypischen Psychosen zugerechnet werden, da beide Krankheitsbilder weder der Schizophrenie noch der Zykllothymie untergeordnet werden können.

Die Krankheitsgeschichte einer Patientin geben wir im Auszug wieder:

M.M. (33) 39 J.

F.A. Ø

E.A.: Heirat 1949.

1. Geburt (Anfang 1949): Kind starb nach einem Tag.

2. Geburt (Ende 1949): Totgeburt.

Patientin habe sich nach der Geburt verändert, hypochondrisch, hielt sich für krank, weil sie keine lebensfähigen Kinder auf die Welt bringe.

3. Geburt: 1953 komplikationslos.

Patientin traut sich nichts mehr zu, hat Angst, daß sie Kind falsch behandelt, daß sie es beim Wickeln fallen lasse. Das Kind sei ein "Depp", sie habe es mit Syphilis angesteckt. Sie habe eine Syphilis und werde alle Leute anstecken. Die Polizei würde sie abholen, läuft von zu Hause weg.

Pyknischer Habitus, sommersprossig, rötliches Haar. Erregt, verzeifelt, jedoch orientiert, bewußtseinsklar. Beschaut sich intensiv, schlägt Hände vors Gesicht. Gedanken reißen ab. Starke Selbstbeschuldigungen (habe vor Ehe mit anderen Männern verkehrt), kein Kontakt, ratlos.

Strangulationsversuch im Bett.

EKB (9), Cardiazolkrampf.

Keine Besserung. Die Leute sprächen über sie. Echolalie (wiederholt Fragen und schlägt dabei rhythmisch aufs Bett), Dauerschlaf (Somnifen). Danach wirkt Patientin schizophrän. Akustische Halluzinationen (hort Angehörige, Kind). Nach wiederholter Schlafkur (Megaphen) glaubt Patientin immer noch, sie würde abgeholt. Grundstimmung ist ängstlich, depressiv, Schuldgefühle. 9 Monate nach der Geburt tritt erstmals die Periode wieder auf. Danach leichte Besserung. Entlassung.

14 Tage später 2. Einweisung:

Widerstrebend, mißtrauisch, depressiv, gequält. Inkohärente, sprunghafte, paranoisch gefärbte Gedankengänge. Optische, akustische Halluzinationen. Wahnwahrnehmung, wahnhafte Erlebnisinhalte, Unberührtheit. Selbstwürfe, Selbstunwertgefühle, Schuldgefühle, Interesselosigkeit, Schlaflosigkeit.

Kein Erfolg nach Megaphen. Gewisse Besserung (aufgelockerter, interessierter) nach 13 EKB. Entlassung nach 3 Monaten.

1 1/2 Jahre später erneute Aufnahme:

Seit Entlassung nie ganz gut gewesen.

Luophobie, Versündigungsideen, Wahnhafte Beeinflussungserlebnisse (wird abgehört), paranoide Beziehungsideen (Leute beobachten sie).

Zur Zeit der Menses ist der Zustand besonders schlecht. Mäßige Besserung nach EKB.

Beide Patientinnen zeigten sowohl schizophrene als auch depressive Symptome und wurden sowohl in der Ersterkrankung im Wochenbett als auch später im Recidiv als Zwischenfälle (K. Schneider) diagnostiziert. Die oben dargestellte Patientin litt an einer besonders therapieresistenten Psychose. Auch die andere Patientin verließ nach 2 1/2 Monaten kaum gebessert die Klinik.

Bei einer Patientin trat das nächste Recidiv nach der folgenden Geburt auf. Beide Fälle zeigten jedoch später Wiedererkrankungen außerhalb des Wochenbettes.

Eine hereditäre Belastung im Sinne einer endogenen Psychose lag nicht vor.

Tabelle 7: Gruppe II 3

Nr.

8	1	✓			
33	1	2	3	✓	✓

Zusammenfassende Wertung

Nicht selten wird dem Arzt von der Patientin oder deren Angehörigen die Frage gestellt, ob sich diese eben durchgemachte Erkrankung bei der nächsten Geburt wiederholen könne, ob man auf weitere Kinder verzichten müsse und auch ob ein bleibender Schaden resistieren könne. Ebenso tritt das Problem bei einer angestrebten Schwangerschaftsunterbrechung, bei Ehescheidungsprozessen und nicht zuletzt bei versicherungsrechtlichen Fragen in den Vordergrund. Das Wissen um den Verlauf, die Prognose und damit um die Recidivierung der unter sich so verschiedenartigen Krankheitsbilder der Psychosen im Wochenbett ist somit oft von praktischer Bedeutung.

Von unseren 64 Patientinnen erkrankten 37 (58%) nach ihrer Psychose im Wochenbett wieder. Der Rest (42%) blieb recidivfrei.

15 Patientinnen (23%) erlitten Recidive in einem späteren Wochenbett. Berücksichtigt man jedoch nur diejenigen Frauen, die nach ihrer Ersterkrankung noch weitere Geburten erlebten - es sind 27 Patientinnen - so ergibt sich, lediglich auf diese bezogen, eine Recidivneigung von 56%. Alle Frauen zusammen hatten bis zum Zeitpunkt unserer katamnestischen Erhebung noch weitere 48 Geburten aufzuzeigen. 19 mal (40%) trat in der Nachgeburtsperiode eine Psychose auf. Überhaupt waren insgesamt 164 Geburten und Fehlgeburten bei unseren 64 Frauen zu verzeichnen.

Betrachten wir nun die einzelnen Gruppen gesondert, so ergibt sich, daß von den 34 körperlich begründbaren Psychosen zugeordneten Fällen 7 (21%) Recidive nach einer der folgenden Geburten zeigten. Die 9 Frauen mit einer "reinen" körperlich begründbaren Psychose, also die Fälle mit exogener Symptomatik, erkrankten nicht wieder, obwohl noch 5 Frauen weitere Geburten zu überstehen hatten.

Die Gruppe der schizophreniformen körperlich begründbaren Psychosen (7 Fälle) hatte lediglich in zwei, die der depressiven (16 Fälle) in fünf Fällen Recidive aufzuzeigen. Die 2 Patientinnen mit einem manischen Zustandsbild zeigten keine Wiedererkrankung.

Schwieriger ist es bei den endogenen Psychosen, exakte Angaben über die Recidivneigung zu machen. Es ist manchmal nicht mit Sicherheit zu eruieren, ob es sich bei der Wiedererkrankung um ein echtes Recidiv nach symptomfreiem Intervall in der Nachgeburtsperiode handelte. Der Kausalzusammenhang zwischen Psychose und Wochenbett ist nicht immer überzeugend, besonders nicht, wenn die Wiedererkrankung bereits während der Schwangerschaft oder erst längere Zeit post partum einsetzte.

	Zahl der Fälle	Frauen mit Recidiven i. späteren Wochenbett	Gesamtzahl der Recidive im Wochenbett	Gesamtzahl der Recidive überhaupt	Geburten u. Fehlgeb. nach der ersten Psychose d. Wochenbettes	Gesamtzahl der Geburten überhaupt
Körperlich begründbare Psychosen						
exogen	9	-	-	-	6	20
schiz.	7	2	3	3	7	14
depr.	16	5	6	6	12	39
man.	2	-	-	-	-	10
endogene Psychosen						
schiz.	12	3	5	33	9	34
depr.	16	5	5	29	14	42
atyp.	2	-	-	3	-	3
Insgesamt	64	15	18	74	48	164

Den beiden Formenkreisen der endogenen Psychosen wurden 30 Fälle zugeordnet; 8 Patientinnen (27%) erlitten Recidive in einer späteren Gestationsphase, davon 4 im Wochenbett. 3 Frauen erkrankten bereits in der Schwangerschaft und eine Patientin nach einem Abort. Zusammen erlebten diese Frauen nach der Ersterkrankung noch 23 Geburten, wovon das Puerperium 10 mal mit einer Psychose belastet war. 65 Recidive wurden insgesamt registriert.

Von den 12 letztlich als Schizophrenie diagnostizierten Fällen erkrankten 3 Frauen wieder in einem späteren Wochenbett, davon 2 jedoch gleich 2 mal.

16 Patientinnen gehören zur Gruppe der endogenen Depressionen. Nach der Ersterkrankung wurden 14 weitere Geburten bzw. Fehlgeburten registriert, wobei in 5 Fällen ein Recidiv ausgelöst wurde.

2 Fälle mit atypischen endogenen Psychosen zeigten keine Recidive im Wochenbett.

Man darf somit feststellen, daß die delirant-amentiellen und hypokinetischen Bilder der Wochenbettpsychosen prognostisch am günstigsten zu beurteilen sind. Wiedererkrankungen wurden in keinem Falle festgestellt. Die mit endogener Symptomatik einhergehenden körperlich begründbaren Wochenbettpsychosen und die ausgelösten endogenen Psychosen zeigten Recidive post partum etwa in einem Viertel der Fälle. Während der weitere Verlauf der letzteren jedoch ganz der einer endogenen Psychose ist, erkrankten die Patientinnen der vorher genannten Gruppe außerhalb des Wochenbettes nicht wieder.

Es versteht sich von selbst, daß die vorgebrachten Zahlen nur das gegenwärtige Bild wiedergeben können. Besonders die Patientinnen der letzten Jahre sind wegen der noch zu kurzen Zeitspanne, die uns von ihrer Erkrankung im Wochenbett trennt, nicht mit absoluter Sicherheit in die verschiedenen Gruppen einzuordnen. Während unserer Arbeit mußte doch in nicht wenigen Fällen die Erstdiagnose revidiert werden.

Die Trennung in günstig und ungünstig verlaufende Krankheitsbilder ist besonders in der Gruppe der körperlich begründbaren Psychosen mit "endogener" Symptomatik nicht immer einfach. Oft hat hier die Zeit das letzte Wort.

Auch die vorliegende Untersuchung kann daher nicht im Sinne einer letzten Klärung der prognostischen Frage im Einzelfall verwertet werden. Von einer mit sicherer Regelmäßigkeit zu erwartenden Recidivierung kann offenbar keine Rede sein, wenn auch die Recidivneigung bei verschiedenen Psy-

choßen verschieden groß zu sein scheint. Vorerst stützen unsere Ergebnisse die bisher geübte Zurückhaltung sowohl bezüglich der prognostischen Voraussage als auch bei der Indikationsstellung zur prophylaktischen Schwangerschaftsunterbrechung bei Patientinnen, die einmal eine Wochenbettpsychose durchgemacht haben, was sich auch aus der neuesten monographischen Arbeit von Pauleikhoff über dieses Gebiet ergibt. Es wird aber noch weiterer Untersuchungen auf noch breiterer Basis, an noch größerem, noch besser katamnestisch erfaßtem Krankengut bedürfen, um diese praktisch wichtigen Fragen einer so weiten Klärung zuzuführen, daß dadurch auch eine sichere Entscheidung im Einzelfall möglich wird - falls dieses Ziel überhaupt erreichbar sein wird!

LITERATURVERZEICHNIS

- 1) E.Balduzzi: La psychose puerpérale. Essai d'interpretation pathogénique (Die Puerperalpsychose. Versuch einer pathogenetischen Deutung). Encéphale 40, 11-43 (1951); Ref. Zbl.ges.Neurol.Psychiat. 119
- 2) C.Ballereo: A propocito di due casi di peicosi puerperale (considerazioni clinico-nosologiche). (Über zwei Fälle von Puerperalpsychose. Klinisch-nosologische Betrachtungen). Ann.Ostetr. 69, 100-118 (1947); Ref. Zbl.ges.Neurol.Psychiat. 106
- 3) E.Beckmann: Über Zustandsbilder und Verläufe von Puerperal-Psychosen (Psychiatr.u.Nervenklin., Univ.Hamburg). Allg.Z.Psychiat. 113, 239-293 (1939)
- 4) A.Blinov: L.Goian et I.Ornstein: Les psychoses puerpérales (Die puerperalen Psychosen). Bull.Soc.roum.Neur. etc. 17, 112-138 (1936); Ref. Zbl.ges.Neurol.Psychiat. 93
- 5) R.Bloch: Considérations sur les psychoses puerpérales (Betrachtungen über die Puerperalpsychosen). Bull.nat.Chir. Paris 59, 55-57 (1933); Ref. Zbl. ges.Neurol.Psychiat. 68
- 6) K.Bonhoeffer: Die exogenen Reaktionstypen. Arch.Psychiat.Nervenkr. 58, 358 (1917)
- 7) O.Bumke: Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin 1925
- 8) K.Conrad: Die symptomatischen Psychosen in Psychiatrie der Gegenwart, Bd.II, S.369-436, Berlin 1960
- 9) G.Ewald: Psychosen bei akuten Infektionen bei Allgemeinleiden und bei Erkrankung innerer Organe. Mit Anhang: Die Generationspsychosen des Weibes. Handbuch der Geisteskrankheiten, Hsg. von O.Bumke, Bd.7, S.14-150, Berlin 1928
- 10) A.Finotti: Le psicosi puerperali (Die Puerperalpsychosen). Riv.ital. Ginec. 39, 97-117 (1956); Ref. Zbl.ges.Neurol.Psychiat. 140
- 11) C.Fürstner: Über Schwangerschafts- und Puerperalpsychosen. Arch. Psychiat.Nervenkr. 5, 505 (1875)
- 12) E.Herz: Ein weiterer Beitrag zur Frage der "sympatischen Schizophrenien". Z.ges.Neurol.Psychiat. 136, 311 (1931)

- 13) H.H.Hyland: Intercranial venous thrombosis in the puerperium (Intra-kranielle Thrombose im Wochenbett). J.Amer.Med.Assoc. 142, 707-710 (1950); Ref. Zbl.ges.Neurol.Psychiat. 113
- 14) L.J.Karnosh u. T.M.Hope: Puerperal psychoses and their sequences (Puerperalpsychosen und ihre Folgen). Amer.J.Psychiatry 94, 537-550 (1937); Ref. Zbl.ges.Neurol.Psychiat. 91
- 15) E.Kehrer: Endokrine Symptome in der Gravidität und nach dem Puerperium. Z.Geburtsh.Gynäk. 110, 105-120 (1955)
- 16) H.v.Keyserlingk: Zum Krankheitsbild der Wochenbettpsychosen. Arch.Psychiat.Nervenkr. 203, 632-647 (1962)
- 17) E.Kluge: Über die Entwicklung puerperaler und klimakterischer Geistesstörungen. Allg.Z.Psychiat. 120, 246 (1942)
- 18) K.Leonhard: Exogene Schizophrenien und die symptomatischen Bestandteile bei den genuinen (idiopathischen) Schizophrenien. Mschr.Psychiat.Neurol. 91, 249-269 (1935)
- 19) Max Liebers: Ein Fall von Wochenbett-Eklampsiepsychose mit histologischem Befund. Arch.Psychiat.u.Nervenkr. 105, 57-65 (1936)
- 20) A.Juzzato: Rilieve su taluni quadri neurologici e psicotici osservati durante il puerperio (Beobachtungen über einige neurologische und psychotische Zustandsbilder während des Puerperiums). Riv.Pat.nerv. 76, 856-960 (1955); Ref. Zbl.ges.Neurol.Psychiat. 136
- 21) M.Maere: Psychose de Korsakow avec polynévrite au cours d'une septicémie post-puerpérale (Korsakowsche Psychose mit Polyneuritis im Verlauf einer postpuerperalen Septicämie). J.belge Neur. 39, 616-621 (1939); Ref. Ges.Neurol.Psychiat. 95
- 22) L.Marchand, A.Courtois, P.Sivadou: L'encéphalite psychosique aigue puerpérale (Akute psychotische Encephalitis im Puerperium). Presse méd. 1935 I, 984-987; Ref. Zbl.ges.Neurol.Psychiat. 77
- 23) D.N.Parfitt: Psychoses associated with childbirth (Über Wochenbettpsychosen). J.ment.Sci. 80, 43-57 (1934); Ref. Zbl.ges.Neurol.Psychiat. 73.
- 24) B.Pauleikhoff: Seelische Störungen in der Schwangerschaft und nach der Geburt. Stuttgart 1964

- 25) N.Petrilowitsch: Beitrag zur Frage der Provokation endogener Psychosen durch exogene Schäden. Sonderdruck: Archiv Psychiat.Nervenkr. 198, 399-404 (1959)
- 26) N.Pires u. H.Pinto: Wochenbettpsychosen. Arqu.Neuro-Psiquiatr. 8, 47-64 (1950) Rio de Janeiro; Ref. Zbl.ges.Neurol.Psychiat. 116
- 27) E.P.Radmayr: Eine endogene Depression als Schwangerschaftspsychose. Wien.Klin.Wschr. 1957, 632-633
- 28) H.Römer: Zur nosologischen und erbbiologischen Beurteilung der Puerperalpsychosen. Z.ges.Neurol.Psychiat. 155, 555 (1936)
- 29) H.Römer: Zur Diagnose und Therapie der Puerperalpsychosen. Med.Klin. 16, 1 (1941)
- 30) W.Runge: Die Generationspsychosen des Weibes. Arch.Psychiat.Nervenkr. 48, 545 (1911)
- 31) G.Schneider: Les psychoses puerpérales (Die Puerperalpsychosen). Schweiz.med.Wschr. 1957, 1145-1148
- 32) K.Schneider: Klinische Psychopathologie. Stuttgart 1959
- 33) P.Schröder: Über Wochenbettpsychosen und unsere heutige Diagnostik. Allg.Z.Psychiat. 104, 177-207 (1936)
- 34) J.Schwingenheuer: Über Generationspsychosen. Arch.Psychiat.Nervenkr. 190, 150 (1953)
- 35) G.Specht: Zur Frage der exogenen Schädigungstypen. Z.ges.Neurol.Psychiat. 19, 104 (1913)
- 36) I.Steinmann: Die Verursachung der Wochenbettpsychosen. Arch.Psychiat.Nervenkr. 103, 552-579 (1913)
- 37) C.Tetlow: Psychoses of childbearing (Psychosen des Puerperiums). J.Ment.Sci. 101, 629-639 (1955); Ref. Zbl.ges.Neurol.Psychiat. 135
- 38) V.Vorderwinkel: Ein Fall von puerperaler tödlicher Katatonie mit angiomatösen Mißbildungen in beiden Frontallappen. Nervenarzt 20 (1949)
- 39) H.J.Weitbrecht: Psychiatrie im Grundriß. Berlin 1963

- 40) H.J. Weitbrecht: Endogene phasische Psychosen - Symptombilder und Verläufe. Fortschr. Neurol. Psychiat. 29, 129 (1961)
- 41) M.A. White u. a.: Obstetrician's role in postpartum mental illness (Die Rolle des Geburtshelfers bei Geistesstörungen nach der Geburt). J. Amer. Med. Assoc. 165, 138-143 (1957); Ref. Zbl. ges. Neurol. Psychiat. 147

Meinem Doktorvater, Herrn Professor Dr. H. K r a n z , danke ich
für die Überlassung des Themas und die Unterstützung bei der
Durchführung der Arbeit.

LEBENS LAUF

Ich wurde am 31.10.1938 in Neustadt/Weinstraße als Sohn des Verwaltungsoberinspektors Otto Gödtel und seiner Ehefrau Helene, geb.Hübner, geboren.

Die Volksschule besuchte ich in Niedereisenbach a.Glan, anschließend die Naturwissenschaftlichen Gymnasien in Kusel und Kirchheimbolanden. Am Nordpfalzgymnasium zu Kirchheimbolanden legte ich 1959 meine Reifeprüfung ab.

Nach 5 Semestern Studium der Medizin, zeitweise auch der Psychologie, an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz bestand ich im Herbst 1961 das Physikum. Nach zwei klinischen Semestern an der Universität Heidelberg setzte ich mein Studium in Mainz wieder fort.

Das Staatsexamen bestand ich am 1.2.1965.

